



universität  
wien

# Magisterarbeit

Titel der Magisterarbeit

„Qualitätsmanagement von gesundheitsfördernden  
Bewegungsangeboten im höheren Erwachsenenalter“

Verfasserin

Barbara Blaim Bakk.rer.nat

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, im Oktober 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Sportwissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael Kolb

Hiermit versichere ich, dass ich meine Magisterarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht noch von anderen Personen vorgelegt.

Barbara Blaim

Wien, Oktober 2010

## **Vorwort**

Das Sportstudium war für mich eine große Herausforderung, das sich als ein sehr langer und manchmal auch als ein sehr schwieriger Weg darstellte, aber gleichzeitig wichtige Lernprozesse und Erfahrungen mit sich brachte. Es wäre mir nicht gelungen diesen Weg erfolgreich abzuschließen, ohne die großartige Hilfe meiner Familie, und meinen Freunden/innen denen ich sehr herzlich danken möchte. Ein großer Dank gilt vor allem meinen Eltern und meinen Schwestern, die mein Studium in jeder erdenklichen Weise unterstützt haben. Bei der Erarbeitung der vorliegenden Arbeit haben mich besonders Kathrin, Petra und vor allem Stefan unterstützt und begleitet. Danke für eure Hilfe! Außerdem gilt mein Dank auch meinem Lebenspartner, der mir auch während des Studiums immer für Rat und Tat zur Seite stand und in der schwierigen Zeit meiner Sportverletzungen mir stets Mut und Durchhaltekraft zugesprochen hat. Vielen Dank! Eure Barbara.

Abschließend möchte ich mich noch bei Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael Kolb für die Betreuung und die fachliche Unterstützung dieser Magisterarbeit recht herzlich bedanken.

## ***Zusammenfassung***

Die Qualität in einem Bewegungsprogramm ist so zu gestalten, dass die Teilnehmer/innen sich längerfristig an das Angebot binden bzw. auch erkennen, wie wichtig besonders im höheren Erwachsenenalter ein aktiver Lebensstil ist. Durch die Verschiebung der Altersstrukturen ist der Anteil der über 60-jährigen kontinuierlich angewachsen. Besonders für Personen im höheren Erwachsenenalter ist Bewegung nicht nur von großer gesundheitlicher Bedeutung, sondern kann auch ganz entscheidend dazu beitragen, dass regelmäßige körperliche Aktivität die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden im Alter erhöht. Durch die steigenden Anforderungen und Erwartungen der Teilnehmer/innen sind auch Sportorganisationen zu einem besseren Qualitätsmanagement gefordert. Durch diese Entwicklung wird Qualitätsmanagement im Gesundheitssport zunehmend thematisiert. Im Rahmen dieser Arbeit soll zudem deutlich gemacht werden, welche Chancen hohe Qualitätsstandards dem Gesundheitssport ermöglichen können. Anhand von Literaturrecherchen verfolgt die Arbeit das Ziel, Qualitätsmanagement von Bewegungsangeboten für Menschen im höheren Erwachsenenalter aufzuzeigen.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Qualität, Sport, Bewegungsprogramme, höheres Erwachsenenalter

## ***Abstract***

The purpose of quality management is to optimize the quality in one trainings unit in order to obligate the participants to the program for a longer period and respectively make them realize how important an active lifestyle can be especially for elderly people. The percentage of people aged 60 + has continuously grown in the past years. Not only is exercise at an older age important in terms of a healthy life, it can also contribute to improve lifestyle and individual well-being when carried out regularly. Due to higher expectations and needs of participants nowadays, sports organizations are asked to improve their quality management. It therefore becomes an issue more and more often in sports – as well as in health organization. The ambition of this study is to point out the possibilities that high quality standards offer to preventional sports and furthermore to demonstrate the quality management of the exercises being offered for elderly people according to literature research.

Keywords: quality management, quality, sport, at an older age, elderly people, training unit

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b>	<b>8</b>
1.1 Problemstellung der Arbeit	8
1.2 Inhalt und Zielsetzung der Arbeit	9
<b>2 Begriffliche Grundlagen von Qualität, Dienstleistung und Dienstleistungsqualität</b>	<b>12</b>
2.1 Dienstleistung	12
2.1.1 Tätigkeitsorientierte Definition	13
2.1.2 Potentialorientierte Definition	13
2.1.3 Prozessorientierte Definition	14
2.1.4 Ergebnisorientierte Definition	14
2.2 Qualität	15
2.2.1 Qualitätsdimensionen	18
2.2.1.1 Qualitätsdimensionen nach Donabedian	18
2.2.1.2 Qualitätsdimensionen nach Grönroos	20
2.2.1.3 Qualitätsdimensionen nach Zeithaml, Parasuraman und Berry	20
2.3 Dienstleistungsqualität	21
2.3.1 Bestimmungen der Dienstleistungsqualität	23
2.3.2 Modelle zur Erfassung der Dienstleistungsqualität	24
2.3.2.1 Statische Qualitätsmodelle	25
2.3.2.2 Dynamische Qualitätsmodelle	28
<b>3 Qualitätsmanagement</b>	<b>31</b>
3.2 Qualitätsmanagementsystem	35
3.3 Kundenorientierung	36
3.3.1 Kundenanforderung	37
3.3.2 Kundenzufriedenheit	38
3.3.3 Kano-Modell	40
3.4 Prozessmanagement	41
3.4.1 PDCA-Zyklus nach Deming	44
3.5 Total Quality Management	45
3.5.1 Ziele des Qualitätsmanagements	49
<b>4 Qualitätspolitik</b>	<b>50</b>
4.1 Qualitätsplanung	51
4.2 Qualitätslenkung	51
4.2.1 Mitarbeiterbezogene Instrumente	51
4.2.2 Kulturbezogene Instrumente	52
4.2.3 Organisationsbezogene Instrumente	52
4.2.3.1 Qualitätszirkel	52

<b>4.3 Qualitätsprüfung</b>	<b>53</b>
4.3.1 Interne Qualitätsprüfung	54
4.3.2 Externe Qualitätsprüfung	55
4.3.2.1 Medien der externen Qualitätsprüfung in Sportorganisationen	58
4.3.3 Benchmarking	59
<b>4.4 Qualitätsmanagementdarlegung</b>	<b>59</b>
4.4.1 Qualitätsmanagementhandbuch	60
4.4.2 Qualitätsaudits	60
<b>5 Bedeutung von körperlicher Aktivität im Alter</b>	<b>62</b>
5.1 Alter und Altern: Definitionen	65
5.2 Klassifikation der Altersabschnitte nach dem Sportalter	67
5.3 Bildung im Alter	68
5.4 Epidemiologie der Sportaktivität im Alter	71
<b>6 Gesundheitsverständnis</b>	<b>73</b>
6.1 Gesundheit	73
6.2 Gesundheitssport	75
6.3 Gesundheitsförderung	77
6.4 Kernziele von gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten	79
6.4.1 Kernziel: Stärkung von physischen Ressourcen	79
6.4.2 Kernziel: Prävention von Risikofaktoren	81
6.4.3 Kernziel: Stärkung von psychosozialer Ressourcen	82
6.4.4 Kernziel: Bewältigung von Beschwerden & Missbefinden	85
6.4.5 Kernziel: Bindung an gesundheitssportliches Verhalten (Verhaltenswirkung)	86
6.4.6 Kernziel: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse	87
6.4.7 Zusammenfassung der Ziele von gesundheitsorientierter Sport-Bewegungsangebote	89
<b>7 Qualitätskriterien für gesundheitsorientierte Bewegungsangebote für Menschen im höheren Erwachsenenalter</b>	<b>91</b>
7.1. Qualitäten von Gesundheitssport	92
7.2 Qualitätskriterium: Zertifizierung / Qualitätssiegel	94
7.2.1 Pluspunkt Gesundheit	98
7.2.2 Sport pro Gesundheit	99
7.2.3 Sport pro Fitness	100
7.2.4 Sport pro Reha	101
7.2.5 Gesund und Fit im Wasser	101
7.2.6 Fit für Österreich	102
7.2.7 Zertifizierung durch eine Qualitätssicherungsinstitution	103
7.3 Qualitätskriterium: Zielsetzungen	104
7.4 Qualitätskriterium: Zielgruppen (Abgrenzung, Ausschlusskriterien)	104

7.5 Qualitätskriterium: Situationsanalyse _____	106
7.6 Qualitätskriterium: Programmstruktur _____	107
7.7 Qualitätskriterium: Bindung _____	110
7.8 Qualitätskriterium: Räumlichkeiten und Ort _____	111
7.9 Qualitätskriterium: Übungsleiter Qualifikation / Ausbildung _____	111
7.10 Qualitätskriterium: Barrieren _____	116
7.11 Qualitätskriterium: interne und externe Vernetzung _____	117
7.12 Qualitätskriterium: Dokumentation des Programms _____	118
7.13 Qualitätskriterium: Netzwerk, Kommunikation, Kooperation _____	119
7.14 Qualitätskriterium: Qualitätssicherung _____	120
7.15 Qualitätskriterium: Evaluation _____	122
<b>8 Zusammenhänge von Qualitätspolitik , Qualitätskriterien und der Qualität für Gesundheitssportprogramme _____</b>	<b>124</b>
<b>9 Fazit _____</b>	<b>129</b>
<b>10 Zusammenfassung _____</b>	<b>133</b>
<b>11 Abbildungsverzeichnis _____</b>	<b>136</b>
<b>12 Tabellenverzeichnis _____</b>	<b>138</b>
<b>13 Literaturverzeichnis _____</b>	<b>139</b>

# **1 Einleitung**

## **1.1 Problemstellung der Arbeit**

Die Auseinandersetzung mit den körperlichen und sportlichen Aktivitäten im höheren Erwachsenenalter hat sich in den letzten Jahren zu einem wichtigen sportwissenschaftlichen Arbeitsgebiet entwickelt (Huber, 1999, S. 118). Gemäß von Statistik Austria (2010) ist der Anteil der über 59-jährigen Bevölkerung im Jahr 2002 von 21,3 Prozent auf 24,1 Prozent im Jahr 2010 angestiegen. Im Jahr 2020 wird mit 26,7 Prozent schließlich mehr als jeder fünfte österreichische Einwohner älter als 59 Jahre sein. Damit werden sich die demographische Alterung und die Verschiebungen in der Altersstruktur bis 2020 kontinuierlich fortsetzen. (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S. 5). Im Rahmen der Altersforschung beschäftigen sich verschiedene Wissenschaftsdisziplinen mit solchen und ähnlichen Fragestellungen: Medizin, Soziologie, Psychologie und nicht zuletzt die Sportwissenschaft. Im Laufe der Zeit entstanden unzählige gerontologische Modelle und Theorien dazu, was unter einem „erfolgreichen“ oder „lebenswerten“ Altern zu verstehen ist (Röger, 2005, S. 11). Auch der Sport, insbesondere der Gesundheitssport und die Bewegungstherapie, gewinnt unter der Zielsetzung der Förderung eines „erfolgreichen“ bzw. „kompetenten“ Alters zunehmend an Aufmerksamkeit (Röger, 2005, S. 11). Die Tatsache, dass ein großer Anteil der österreichischen Bevölkerung unter zumindest einer chronischen Krankheit leidet ist ein Grund, mehr gezielte Präventionsmaßnahmen zu setzen (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, S. 18). Doch die Diskussion um die gesundheitlichen Werte des Sports sollte nicht auf die Frage der Verminderung eines Herzinfarkts eingeengt werden. Vielmehr geht es nach Shepard (1982; in Deutscher Sport Bund, WIAD- Studie, 2004) darum, wie viel Gewinn an Lebensqualität durch Sport erreicht werden kann. Tokarski (1991, S. 3) ergänzt zu dieser Altersverschiebung, dass regelmäßiges Sporttreiben die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden im Alter erhöht. Sport ist nicht nur eine einfache Funktion der Bewegung, sondern von großer Bedeutung wie z.B. Kontaktfindung, Alltagsstrukturierung, Stärkung des Selbstbewusstseins. Auch Huber (1999, S. 118) bestätigte die zahlreichen Studien, welche den gesundheitlichen Wert von richtig ausgewählten und dosierten Bewegungsprogrammen für diese Altersgruppe erörtern. Schötter (1991, S. 22) beschreibt den Wandel der Sport- und Bewegungsangebote, die nicht mehr in den traditionellen Sportvereinen mit Seniorenabteilungen stattfinden, sondern auch viele andere Anbieter wie Wohlfahrtsverbände, Kommunen, Kirchen oder Bildungswerke, spezielle Seniorenvereine oder Fitness-Studios an die älter werdende Bevölkerungsschicht angepasst haben. Um dauerhaft Bewegungs- und Sportangebote anbieten zu können, kommt es maßgeblich auf deren, vom Kunden wahrnehmbare,



Qualität an. Das bedeutet, dass letztlich die von den Teilnehmern/innen erwarteten Forderungen an das Angebot und die daraus resultierenden gesundheitlichen Effekte auch wahrnehmbar sein müssen (Sudermann & Oppper, 2006, S. 196).

Brehm, Sygusch und Tittelbach (2008, S. 40f) sprechen von einer „strukturellen Blindheit“. Die im Bereich des gesundheitsfördernden geltenden Qualitätsstandards werden im System des Sports nur sehr langsam anerkannt und umgesetzt. Daher ist in Zukunft von der Überzeugung „jeder Sport ist schon irgendwie gesund“ Abschied zu nehmen. Vor diesem Hintergrund muss sich das Sportsystem auf dem Gebiet des Gesundheitssports den hohen Qualitätsanforderungen des Gesundheitssystems öffnen und seine Qualitätsinitiativen konsequent daran ausrichten. Jede Sportorganisation, die sich Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im Gesundheitssport zum Ziel macht, ist herausgefordert, ihr eigenes, den jeweiligen verbandlichen Rahmenbedingungen angepasstes Qualitätsmanagement-Konzept zu entwickeln (Hartmann, Oppper, & Sudermann, 2005, S. 14). Breuer und Erdtel (2005, S. 164) ergänzen, dass die Schaffung von Qualität zunehmend als eine wichtige Aufgabe des Sportmanagements betrachtet wird. Denn mit hochwertigen Angeboten kann es gelingen Adressaten (d.h. Mitglieder, Kunden, Geldgeber) zufrieden zu stellen und an die Organisation zu binden. Im Verlauf dieses Entwicklungsprozesses ist immer deutlicher geworden, dass die Nachfrage nach Angeboten im Gesundheitssport in entscheidendem Maße durch die Qualität des Angebotes bestimmt wird. Die in diesem Zusammenhang geforderten Qualitätsmerkmale zu erreichen, sie zu dokumentieren, sie dauerhaft zu sichern und weiterzuentwickeln ist somit in den letzten Jahren verstärkt in den Mittelpunkt der Aufgabenstellung im Gesundheitssport getreten (Hartmann, Oppper & Sudermann, 2005, S.11).

## ***1.2 Inhalt und Zielsetzung der Arbeit***

In diesem Zusammenhang gilt es, ausgehend von einer präzisen Definition von Qualität, Qualitätsmanagement, Dienstleistung sowie Gesundheit und Sport eine gewisse Dialektik dieser Bereiche herzustellen. In den ersten beiden Kapiteln wird zunächst auf das Verständnis von Qualität und Dienstleistung eingegangen. Ausgehend von diesen Definitionen werden Modelle zur Erfassung der Dienstleistungsqualität ergänzt.

Kapitel 3 verdeutlicht die Merkmale und Ziele von Qualitätsmanagement und beschreibt das Modell von TQM (Total Quality Management) und Prozessmanagement. Unter diesem Aspekt werden auch Kundenerwartungen und Kundenanforderungen erläutert. Um das Themenfeld Qualitätsmanagement abzurunden, beschäftigt sich Kapitel 4 mit den Instrumenten der Qualitätspolitik, die einen wichtigen Bestandteil des Qualitätsmanagements aufweisen. In folgedessen werden in Kapitel 5 die Zielgruppe und die Bedeutung

körperlicher Aktivität für Menschen im höheren Alter aufgegriffen und durch aktuelle Studien für den positiven Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Merkmalen der physischen Gesundheit bestätigt. In Kapitel 6 werden die Themenbereiche Gesundheit, Gesundheitssport und Gesundheitsförderung konkretisiert, sowie das Konzept der Kernziele von Gesundheitssport im Überblick dargestellt. Auf diesen Kernzielen aufbauend, beschäftigt sich Kapitel 7 mit dem Modell der Qualitäten von Gesundheitssport. Dieses Modell verdeutlicht die dreifache Wirkungsrichtung von Gesundheitssport um eine längerfristige gesundheitssportliche Aktivität zu sichern.

Im Rahmen dieser Arbeit soll zudem deutlich gemacht werden, welche Chancen hohe Qualitätsstandards dem Gesundheitssport eröffnen. Mit den Begriffen, die anfangs der Arbeit aus dem wirtschaftlichen Bereich hervorgegangen sind, gilt es im Kapitel 7 eine Zusammenfassung der Qualitätskriterien für gesundheitsorientierte Bewegungsangebote der am Markt vorhandenen Angebote zu erstellen. Hier werden bereits bestehende Qualitätskriterien für Gesundheitssport-Angebote vorgestellt. Zum Abschluss veranschaulicht Kapitel 8 mittels einer Grafik die Zusammenhänge von Qualitätspolitik den Qualitätskriterien für die Zielgruppe: höheres Erwachsenenalter und den aus dem Gesundheitssport ausgearbeiteten Qualitätsforderungen an Gesundheitssportprogramme.

Die Arbeit verfolgt das Ziel, Qualitätsmanagement von Bewegungsangeboten für Menschen im höheren Erwachsenenalter anhand von Literaturrecherchen aufzuzeigen. Die Bearbeitung der folgenden Fragestellungen sowie die Darstellung der entsprechenden Inhalte erfolgt über die Recherche relevanter und aktueller Literatur. Durch die Vielfalt unterschiedlicher Informationen zum Thema gesundheitsfördernde Bewegungsangebote, die jeweils unter verschiedenen Adressen recherchiert werden mussten, wurde die Recherche speziell auf den Non-Profit-Sektor konzentriert. Kommerzielle Sportanbieter wie z.B. Fitnesscenter wurden nicht beachtet. Für die Ausarbeitung der Qualitätskriterien wurde speziell auf die bereits vorhandenen Qualitätsgütesiegel im Bereich der Sportorganisationen in Österreich und Deutschland eingegangen.

Das primäre Ziel dieser Arbeit gilt der Aufarbeitung folgender Fragestellungen:

- Was bedeutet Qualität bei Dienstleistungsangeboten?
- Wie kann Dienstleistungsqualität definiert werden?
- Welche Anforderungen an die Dienstleistungsqualität existieren und wie können sie gemessen werden?

- Was bedeutet Qualitätsmanagement im Dienstleistungssektor Sport und wie kommt es zur Anwendung bzw. welche Ziele werden damit verdeutlicht?
- Welche Kernziele sind für gesundheitsfördernde Bewegungsangebote definiert?
- Welche Qualitäten zeichnen Gesundheitssportprogramme bzw. Bewegungsprogramme aus?
- Welche Qualitätskriterien für Gesundheitssportprogramme lassen sich aus der Literatur bzw. aus anderen Informationsträgern - insbesondere aus dem Internet - entnehmen?
- Welche Qualitätskriterien im Gesundheitssport speziell für die Zielgruppe Personen im höheren Erwachsenenalter können aufgezeigt werden?

## **2 Begriffliche Grundlagen von Qualität, Dienstleistung und Dienstleistungsqualität**

Bezold (1996, S. 19) ist der Ansicht, dass für die gesamten Bereiche der Dienstleistungen der Ausbau und die Sicherung einer hohen Dienstleistungsqualität unter bewusster Kundenorientierung unumgänglich ist. Der Begriff Qualität wird in den unterschiedlichsten Zusammenhängen verwendet, wobei die intendierte Bedeutung weit variiert. Besonders im Bereich Sport steht der Begriff Qualitätsentwicklung noch am Anfang (Hentschel, 1992, S.87). Hentschel (1992, S.87) verdeutlicht die Dringlichkeit der Untersuchung der wesentlichen Aspekte die eine hohe Dienstleistungsqualität ausmachen. Dienstleistungsqualität ist ein zusammengesetzter Begriff, weshalb es naheliegt, die beiden Wortbestandteile getrennt zu analysieren und die Ergebnisse anschließend definitorisch zu verknüpfen. Es werden die Begriffe „Dienstleistung“, „Qualität“ und „Dienstleistungsqualität“ systematisch in Anbetracht des aktuellen Forschungsstandes beleuchtet.

Diese Diskussion der Dienstleistungsqualität greift auf den Begriff der Qualitätsdimensionen zurück. Die Darstellung beschränkt sich auf drei Konzepte von 1) Grönroos, 2) Donabedian und von 3) Zeithammel, Parasuraman und Berry.

### **2.1 Dienstleistung**

Bruhn (1996, S. 11) beschreibt Dienstleistungen mit grundsätzlich immateriellen Charakter, die eigentliche Kernleistung ist somit nicht greifbar – „intangible“. Weiteres bezeichnet Bruhn (1996) Intangibilität als ein Kennzeichen für Dienstleistungen. So kann die Qualität von Dienstleistungen vor der Erstellung und somit vor dem Kauf nur bedingt sinnlich wahrgenommen werden, in manchen Fällen erschließt sie sich nicht einmal während des Dienstleistungsprozesses oder an dessen Ende. Hartl und Wernisch (2006, S. 24) verdeutlichen nochmals, dass die Bewertung der Immaterialität sowohl vor, als auch nach der Inanspruchnahme erschwert wird. Deshalb spielen äußere Informationen in Form von immateriellen oder materiellen Ersatzindikatoren zur Bewertung von Dienstleistungen eine große Rolle. Zudem sind Dienstleistungen im Gegensatz zu Sachgütern unteilbar, so dass Produktion und Konsumation simultan erfolgen („uno actu – Prinzip“). Ein Merkmal, das schließlich auch das Kriterium der Vergänglichkeit bestimmt. So können Dienstleistungen aufgrund der Gleichzeitigkeit von Herstellung und Verwertung nicht gelagert werden (Bruhn, 1996, S. 12). Grundsätzlich ist ein direkter Kontakt zwischen Anbieter und Nachfrager einer Dienstleistung erforderlich. Man spricht von Integration des externen Faktors. So wird Dienstleistung entweder am Kunden selbst oder an einem Gegenstand aus dem Besitz des Kunden durchgeführt. Diese Besonderheit führt hin zum Kriterium der Standortgebundenheit: eine Dienstleistung kann also nicht transportiert

werden, sie muss in der Regel am Ort des Dienstleistungsanbieters oder des Kunden erstellt werden. Dienstleistung wird für jeden Kunden jeweils neu erstellt, so dass sowohl unter statistischen als auch unter dynamischen Gesichtspunkten der Leistungsumfang und dessen Qualität individuell verschieden sein kann (Corsten, Mudie/Cottam, 1985, 1993; zit.n. Bruhn, 1996, S. 12).

Abgesehen von der Sportgeräteherstellung, dem Sportstättenbau und der Sportartikelindustrie, sind fast alle Tätigkeitsfelder im Sport mit Dienstleistungen verbunden. Dies gilt unabhängig von der jeweiligen Rechts- und Organisationsform gleichermaßen für Profit – und Non- Profit- Unternehmen im Sport. Die Tätigkeiten der gemeinnützigen Sportverbände und Sportvereine wie die Mitgliederverwaltung, die Planung, Organisation und Durchführung von Trainingseinheiten oder die Sportstättenbetreuung tragen durchwegs die Charakteristika von Dienstleistungen (Bezold, 1999, S. 220). Sportorganisationen sind gut beraten, wenn sie die Qualität ihrer Dienstleistung in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen rücken. Das Thema Dienstleistungsqualität wird in betrieblicher Praxis von mehreren Autoren diskutiert, da seit Beginn der achtziger Jahre eine verstärkte Qualitätsorientierung eingesetzt hat, die vor allem in der intensiven Beschäftigung mit dem populären Total Quality Management (Kapitel 3.5) ihren Ausdruck findet (vgl. Bruhn, 1996; Bruhn & Stauss, 1995; Haller, 1995; Bezold 1996).

Betrachtet man die dargestellten Definitionsversuche für den Dienstleistungsbegriff, so lassen sich auf einer übergeordneten Ebene vier Ansätze unterscheiden: tätigkeitsorientierte, potentialorientierte, prozessorientierte und die ergebnisorientierte Definition (Corsten, 1988, S. 81f; zit.n. Bruhn, S. 12). Am sinnvollsten erscheint die Abgrenzung des Dienstleistungsbegriffes durch konstruktive Merkmale (Meffert & Bruhn, 1997, S. 23f). Infolge werden diese Definitionsansätze erläutert.

### **2.1.1 Tätigkeitsorientierte Definition**

Eine sehr weite Auffassung von Dienstleistungen vertritt Schüller (1976) der jede menschliche Tätigkeit als Dienstleistung klassifiziert.

„Das was der Mensch tut, um seine physische und psychische Arbeitskraft mit oder ohne Verbindung zur materiellen Güterwelt in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen, ist eine Dienstleistung.“ (Schüller, 1976; in Bruhn, 1996, S. 12)

### **2.1.2 Potentialorientierte Definition**

Der potentialorientierten Dienstleistungsinterpretation liegt die Auffassung zugrunde, dass Dienstleistungen als das durch Menschen oder Maschinen geschaffene Potential eines Dienstleistungsanbieters, die Leistung beim Dienstleistungsnachfrager zu erbringen, angesehen werden können (Meyer & Mattmüller, 1987, S. 187f; in Bruhn, 1996, S. 13)

Diesen Ansatz erweitert Bezold (1996, S. 30) in eine Unterscheidung von immateriellen Produktionsfaktoren (Wissen, Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen) und materiellen Produktionsfaktoren (Gebäude, Büroeinrichtungen etc.).

Hartl und Wernisch (2006, S. 24) schreiben, dass ein Angebot von Leistungspotenzialen die Bereithaltung einer Kombination aus leistungsfähigen und leistungsbereiteten Faktoren (z.B. Mensch, Maschinen, Informationen) bedeutet. Die Dienstleistung wird vom Anbieter direkt durch Übertragung, Überführung und Konkretisierung der menschlichen oder maschinellen Leistungsfähigkeiten an externen Faktoren erbracht.

In der Praxis handelt es sich meistens um Kombination von verschiedenen Dienstleistungen, die unterschiedliche Potentialtypen aufweisen. Bei einer multifunktionalen Sportanlage stellt das materielle Potential (Spielflächen, Sauna, Duschen) die Dienstleistungsinfrastruktur dar, die Durchführung von Tenniskursen, das Erstellen von Ernährungs- oder Trainingsplänen verkörpert die immaterielle Komponente der Potentialphase. Das Charakteristische von Dienstleistungen im Vergleich zu Sachleistungen ist nun, dass das Potential selbst dem Käufer/Nutzer entspricht (Bezold, 1996, S. 31).

### **2.1.3 Prozessorientierte Definition**

Bei der prozessorientierten Betrachtung steht die Dienstleistung als Tätigkeit im Vordergrund. Hier ist insbesondere das „uno actu-Prinzip“ zu berücksichtigen, um der Bedeutung der Gleichzeitigkeit von Produktion und Absatz der Leistung gerecht zu werden (Meffert & Bruhn, 1995, S. 27). Hentschel (1992, S. 20) ergänzt diese Definition durch eine Zeitraumbezogenheit und den Tätigkeitscharakter von Dienstleistungen. Der Dienstleistungsprozess umfasst einen internen (Produktions-) Faktor und einen externen Faktor. Der entscheidende Unterschied zwischen dem externen und internen Faktor liegt darin, dass sich der externe Faktor an der Beeinflussung des Nutzers liegt. (Bezold, 1996).

„So bringt ein Kunde beim Abschluss einer Mitgliedschaft in einem Fitness-Studio sich selbst sowie zur Ausübung von Tennis oder Squash seine eigenen Schläger mit ein und versorgt den Trainer mit Informationen, damit dieser für ihn einen individuellen Trainingsplan erstellen kann.“ (Bezold, 1996, S. 32)

### **2.1.4 Ergebnisorientierte Definition**

Die ergebnisorientierte Perspektive nimmt schließlich auf das tatsächlich produzierte immaterielle Gut als Konkretisierung des Dienstleistungsprozesses Bezug (Meffert & Bruhn, 1995, S. 27). Bezold (1996, S. 33) ergänzt weiter, dass das Ergebnis als der Zustand, der unmittelbar nach Abschluss der Prozessphase vorliegt, verstanden werden kann. Eine zusammenfassende Definition von Dienstleistung beschreiben Meffert und Bruhn (1995):

„Dienstleistungen sind selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeit verbunden sind (Potentialorientierung). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen oder deren Objekten – nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung).“ (Meffert & Bruhn, 1995, S. 27)

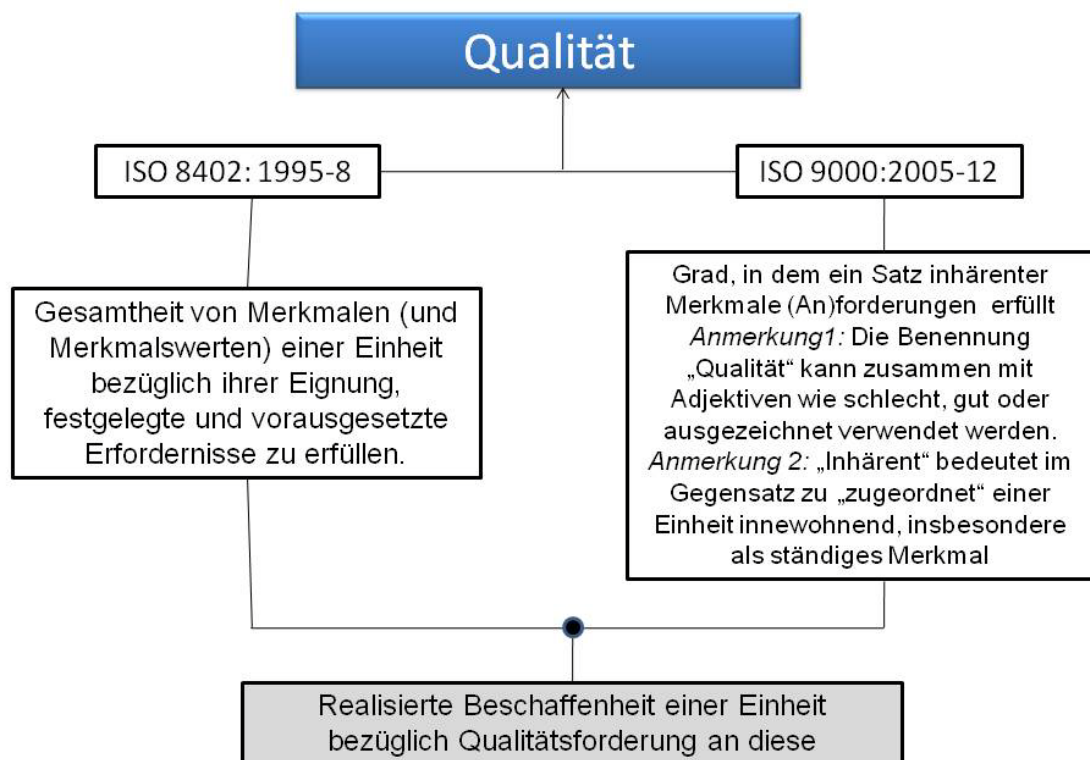
## **2.2 Qualität**

Qualität besitzt traditionell Beschaffenheit, Güte und Werte. Das heute meist positiv besetzte Fremdwort wurde im 16. Jahrhundert aus dem lateinischen „qualitas“ übernommen und bedeutet Beschaffenheit, Verhältnis, Eigenschaft und ist wertneutral. Es wurde abgeleitet von „qualis“, das mit „wie beschaffen“ übersetzt werden kann (Kluge, 2002, S. 734). Dagegen ist Qualitätsmanagement ein moderner Begriff, der noch keine fünfzig Jahre alt ist (Zollondz, 2002, S. 8). Weiteres erwähnen Kamiske und Brauer (2002, S. 58), dass im Zuge von Normungsbestrebungen und internationaler Organisationen der Qualitätsbegriff und die Begriffe des Qualitätsmanagement definiert wurden. Grundlage ist dabei die internationale Norm DIN EN ISO 9000:2000, die den Qualitätsbegriff definiert.

Der Fachbegriff Qualität ist nach Geiger (2001b) ein Maßstabsbegriff:

„Im Qualitätsmanagement ist Qualität ein Maßstab: Sie bezeichnet das Ergebnis des Vergleich zwischen zwei Beschaffenheit, die beide zur betrachteten Einheit gehören. Qualität als Fachbegriff ist also nicht diese Beschaffenheit selbst, wie im Lateinischen und Großteils auch in der deutschen Sprache, oder gar eine besonders gute Beschaffenheit. Die erste der beiden Beschaffenheit ist die an der realisierten Einheit festgestellte Beschaffenheit. Sie heißt vereinfacht „realisierte Beschaffenheit“. Mit ihr betrachtet man allerdings nur qualitätsbezogen interessierende Merkmale. Diese erste Beschaffenheit ist also die Gesamtheit der betrachteten Qualitätsmerkmale und ihrer Werte, wie sie realisiert wurden. Die zweite Beschaffenheit ist die Bezugsbeschaffenheit für den Vergleich. Es ist die geforderte Beschaffenheit. Sie hat die Begriffsbezeichnung Qualitätsforderung und ist die Gesamtheit der betrachteten Einzelforderungen an die Qualitätsmerkmale und ihre Werte. Die Definition für den Fachbegriff Qualität lautet daher: Realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich Qualitätsforderung an diese.“ (Geiger, 2001b, S. 801; zit.n. Zollondz, 2002, S. 162)

Bruhn (2008, S. 33) schreibt, dass die heterogenen und diffusen Auffassungen über „Qualität“ die vielfach sowohl für Sach- als auch für Dienstleistungen gültig sind, deutlich machen, dass es bis heute nicht gelungen ist, ein tragfähiges und allgemein akzeptiertest Qualitätsverständnis zu schaffen. Die Ausführungen zum Verständnis der Qualität reichen von umgangssprachlichen Wortdeutungen bis hin zu sehr abstrakten Definitionen des Qualitätsbegriffes für die Praxis. Da ein eher kontroverses Verständnis im Bezug auf den Begriff Qualität vorliegt, wird auf eine „offizielle“ Definition hingewiesen:



**Abbildung 1: Vergleich der beiden Qualitätsbegriffe der ISO 8402 und der ISO 9000: 2005-12 (modifiziert nach Zollondz, 2002, S. 166).**

Wie die Abbildung 1 zeigt, ist der Qualitätsbegriff in der seit Dezember 2005 gültigen (Interims-) Begriffsnorm ISO 9000:2005-12 neu gefasst worden. Er entspricht nach wie vor der Geigerschen Definition von Qualität. Mit inhärent ist die Beschaffenheit präzisiert worden (Zollondz, 2002, S. 166). Qualitätsforderung steht nach dieser Auffassung für die:

„Gesamtheit der betrachteten Einzelforderungen an die Beschaffenheit einer Einheit in der betrachteten Konkretisierungsstufe der Einzelforderungen, Beschaffenheit umschreibt die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte einer Einheit.“  
(Geiger, 2001, S.802; zit.n.Bruhn, 2008, S.34)

Der Begriff „Einheit“ steht dabei für Produkte oder Tätigkeiten und wird somit oftmals auch für Dienstleistungen genutzt (Bruhn, 2008, S. 34). Auch diese Definition konkretisiert allerdings noch nicht, von welcher Institution bzw. von welchem Personenkreis (Kunde, Mitarbeiter, Unternehmen) die Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung festgelegt werden (Bruhn, 2000b; zit.n. Bruhn, 2007, S.34).

Durch diese Auffassung für Qualität verbindet Bruhn (1996, S. 24) zwei zentrale Ansätze der Qualitätsdefinition:



### 1. Produktbezogener Qualitätsbegriff

Hiernach wird Qualität von Dienstleistungen vielfach als Summe bzw. Niveau der vorhandenen Eigenschaften verstanden (Bruhn, 2008, S. 34). Ziel ist es, nach Meffert und Bruhn (1997, S. 200) eine Messung der Qualität nach objektiven Kriterien vorzunehmen. Zollondz (2002, S. 160) ergänzt darüber hinaus, dass die Variablen messbar und genau festgelegt werden um eine Differenzierung vornehmen zu können.

### 2. Kundenbezogener Qualitätsbegriff

Qualität ist definiert durch die Wahrnehmung der Produkteigenschaften bzw. Leistungen durch den Kunden. Eine Messung der Qualität erfolgt demnach anhand von subjektiven Kriterien (Meffert & Bruhn, 1997, S. 200; Bruhn, 2008, S. 34).

Diese beiden grundlegenden Qualitätsbegriffe ergänzt Garvin (Garvin, 1984, S. 25ff) noch um drei weitere Qualitätsauffassungen:

Der *herstellungsorientierte Qualitätsbegriff* geht von einer Definition von Qualitätsstandards für die Dienstleistungserstellung aus und sieht diese als ein Maß für die Qualitätskontrolle. Es bleibt offen, ob diese Maßstäbe durch objektive oder subjektive Indikatoren definiert werden (Garvin, 1984, S. 24; zit.n. Meffert & Bruhn, 1997, S. 201).

Der *absolute Qualitätsbegriff* definiert Qualität als ein Maß für die Güte eines Produktes oder einer Leistung. Die Beurteilung erfolgt häufig durch verschiedene Klassen (z.B. gut, mittel, schlecht). Durch diese Kategorisierung kommt es dem umgangssprachlichen Verständnis von Qualität sehr nahe (Meffert & Bruhn, 1997, S. 201).

Aus Kundenperspektive lässt sich ein *wertorientierter Qualitätsbegriff* definieren, der die Dienstleistungsqualität als das Ergebnis eines Beurteilungsprozesses durch den Kunden ansieht. Aus der Sicht des Kunden kann das Preis – Leistungsverhältnis gesehen werden. Durch diese Frage kann beurteilt werden, ob die Leistung dem Preis entspricht und nimmt demzufolge ein Kriterium für das Niveau der Qualität ein (Garvin, 1984, S. 25; zit.n. Meffert & Bruhn, 1997, S. 201; Bruhn, 2008, S. 36).

Diese Differenzierungen dienen oft zur Illustration des Qualitätsbegriffs. Besonders im Dienstleistungsbereich wird Garvins Modell gern zur Veranschaulichung hinzugezogen. Die fünf Teilqualitäten sind in unterschiedlichem Maße in andere Ansätze eingeflossen. So ist die kundenorientierte Sichtweise eine Standardorientierung im Qualitätsmanagement (siehe auch Kapitel 3.3). Aus heutiger Sicht wären die fünf Teilqualitäten um eine sechste Sicht zu ergänzen, nämlich die Qualität der Mitarbeiter. Die Mitarbeiterperspekti-

ve ist inzwischen erkannt und in den modernen Modellen zum Qualitätsmanagement (wie im Kapitel 3.5 Total Quality Management) berücksichtigt worden (Zollondz, 2002, S. 161).

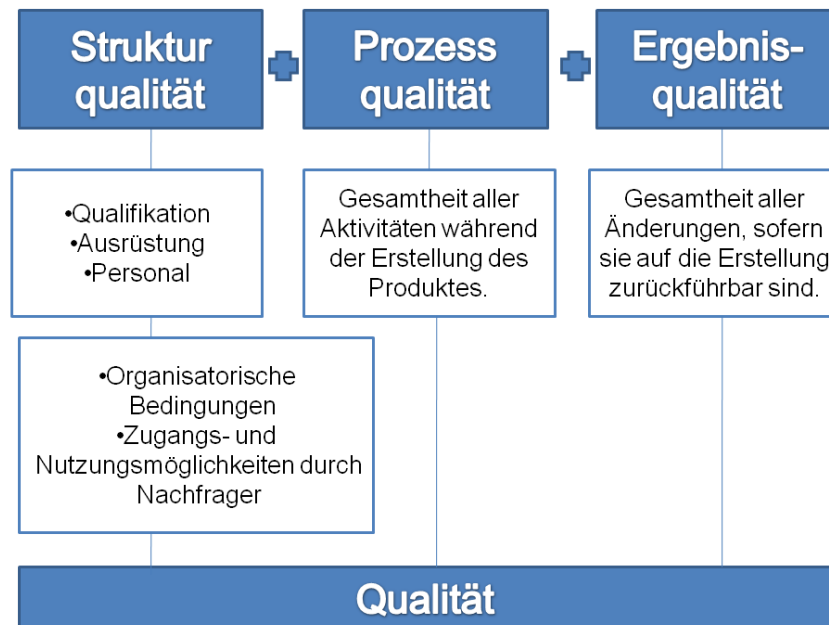
### **2.2.1 Qualitätsdimensionen**

Die unterschiedlichen begrifflichen Auffassungen von Qualität machen deutlich, dass eine Bestimmung der relevanten Dimensionen der Dienstleistungsqualität zu suchen ist (Bruhn, 1996 S. 28f). Bruhn (2007, S. 48ff) spricht davon, dass die Kunden die Dienstleistungen differenziert wahrnehmen und bilden daher dementsprechend auch differenzierte Erwartungen. Diese Differenzierung betrifft einzelne Qualitätsmerkmale, wie z.B. Freundlichkeit der Mitarbeiter. Da eine einzelne Betrachtung nicht zielführend ist, werden die einzelnen Merkmale zu so genannten Dimensionen der Dienstleistungsqualität zusammengefasst. Durch die Heterogenität des tertiären Sektors gibt es eine breite Palette typenspezifischer Qualitätsmerkmale, und es stellt sich die Frage, ob und wenn ja welche Qualitätsdimensionen für alle Dienstleistungen Gültigkeit besitzen (Bezold, 1996, S. 44). Durch die strukturierte Auflistung der einzelnen Dimensionen ist es möglich, erste Hinweise zur Erfassung der Dienstleistungsqualität zu liefern. (siehe Kapitel 2.3.2)

Folgedessen ist es jedoch notwendig die Dimensionen durch einzelne Merkmale der Dienstleistungsqualität zu konkretisieren. Dabei werden drei unterschiedliche Dimensionen von Donabedian (1966), Grönroos (1990) und Zeithammel, Parasuraman und Berry (1985, 1992) verdeutlicht, die in Folge dargestellt werden.

#### **2.2.1.1 Qualitätsdimensionen nach Donabedian**

Der amerikanische Qualitätsforscher Avedis Donabedian unterscheidet erstmals in seinem 1966 veröffentlichten Werk zur Beurteilung ärztlicher Leistungen die Qualität der Serviceleistung in „structure – process- outcome“ (Haller, 1995, S. 70). Im deutschsprachigen Raum werden die Einteilung in drei Qualitätsdimensionen (Struktur-(auch Potential-) qualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität) definiert (Zollondz, 2002, S. 161). Diese Teilung in drei Bereiche ist bis heute in der Diskussion um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen verankert und verdeutlicht nochmals die Ansätze, an allen Dimensionen im Sinne des prozessorientierten Total Quality Management zu handeln (Hartmann, Oppen & Sudermann, 2005, S. 22 f). Diese Trichotomie von Donabedians Modells wurde von zahlreichen anderen Wissenschaftlern übernommen, die darauf aufbauend weiterführende Qualitätsmodelle entwickelten. Von daher hat das Modell überwiegend historische Bedeutung, denn dieses Modell zeigt erstmalig, dass Qualität von Dienstleistungen nicht allein von ihrem Ergebnis, sondern ebenfalls vom Prozess und den ihm vorangestellten strukturellen Faktoren abhängig ist (Haller, 1995, S. 71).



**Abbildung 2: Schematische Darstellung der drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian (modifiziert nach Zollondz, 2002, S. 161; Hartmann et al., 2005, S. 22).**

Die Strukturdimension umfasst die sachlichen, organisatorischen und persönlichen Leistungsvoraussetzungen des Dienstleistungsanbieters (Bezold, 1996, S. 45). Hartmann et al. (2005) ergänzt diese Dimension:

„Strukturqualität wird geprägt durch die Fähigkeit eines Dienstleisters, aufgrund von Strukturen und organisatorischen Potenzialen eine Dienstleistung zu erstellen. Weiteres beruht die Strukturqualität sehr stark auf der Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter.“ (Hartmann et al., 2005, S. 22)

Hartl und Wernisch (2006, S. 13) ergänzen die Eigenschaften um die vorhandenen humanen und materiellen/immateriellen Ressourcen wie Raum, Geräte, Mitarbeiter und Ausbildung. Richtet man das Augenmerk ausschließlich auf Festlegung der Strukturqualität, kann man dadurch keinerlei Aussage über die Gesamtqualität treffen. Unter Prozessqualität verstehen Hartl und Wernisch (2006, S. 14) alle Eigenschaften der Elemente des Leistungsprozesses. Ausschlaggebend ist die Fähigkeit der Leistungsprozesse um Vorgaben, Spezifikationen etc. zu erfüllen. Unter Leistungsprozess sind jene Prozesse zu verstehen, welche direkt auf die Erstellung des Produktes bzw. der Erbringung der Dienstleistung einwirken. Bruhn (2008, S. 50) und Hartmann et al. (2005, S. 22) verstehen unter Prozessqualität alle Prozesse während der Leistungserstellung. Diese Dimension beinhaltet das Zusammenspiel und die Kommunikation zwischen den einzelnen Prozessen (intern und extern). Unter Ergebnisdimension versteht Bezold (1996, S. 44) den Grad der Erreichung der Leistungsziele. Ergebnisqualität bezieht sich auf die Beurteilung der erfolgten Leistung bzw. des Ergebnisses des Dienstleistungsprozesses.

Nach Hartmann et al. (2005, S. 22) sind die Ergebnisse auch weitgehend von den Erwartungen und Zielsetzungen abhängig. Die Summe der drei Dimensionen ergibt nach Bezold (1996, S. 44) die Dienstleistungsqualität.

#### **2.2.1.2 Qualitätsdimensionen nach Grönroos**

Grönroos unterscheidet zwei Dimensionen der Dienstleistungsqualität (Bruhn, 2008, S. 50). Die Aufteilung der Dienstleistungsqualität wird in eine technische und eine funktionale Dimension gegliedert (Bezold, 1996, S. 46). Die technische Dimension beschreibt „Was“ der Nachfrager vom Dienstleistungsanbieter bekommt, während die funktionale Dimension am „Wie“ der Leistungserbringung festgemacht wird. Hentschel (1992) ergänzt:

„Zum einen kann die technische Dimension als der Umfang des Leistungsprogramms verstanden werden, die funktionale Dimension hingegen als die Art und Weise der Ausführung der Bestandteile des Leistungsprogramms.“ (Hentschel, 1992, S. 90)

Hentschel (1992, S. 90) beschreibt die technische Dimension als Ergebnisqualität: „*what the customer receives as a result of his interactions with a service firm*“ und die funktionale Dimension als Prozeß- bzw. Verrichtungsqualität verstanden werden: „*the consumer is not only interested in what he receives...but in the process itself*“ (Grönroos, 1984, S. 39; in Hentschel, 1992, S. 91).

#### **2.2.1.3 Qualitätsdimensionen nach Zeithaml, Parasuraman und Berry**

Als letztes werden fünf Qualitätsdimensionen von Zeithaml, Parasuraman und Berry (1985, 1992) dargestellt (Meffert & Bruhn, 1997, S. 202f). Dieses Modell wurde nicht auf einer theoretisch analytischen Basis erstellt, sondern ausgehend von umfangreichen explorativen Studien entwickelt (Haller, 1995, S. 80). Zugrunde liegt ein kundenorientierter Qualitätsbegriff, bei dem die wahrgenommene Güte der Leistung mit den Erwartungen der Kunden zumindest übereinstimmen muss, um beim Nachfrager eine positive Qualitätswahrnehmung zu erzeugen. Unzureichende Leistungsqualität entsteht, wenn zwischen Soll- und Istwerten Diskrepanzen, sogenannte Gaps, entstehen. Näheres zu dem Modell von Zeithaml, Parasuraman und Berry im Kapitel 4.3.2, welches auch zur Messung der Dienstleistungsqualität verwendet wird.

Hentschel (1992, S. 91) ergänzt, dass dieses Modell die zentralen Bewertungsdimensionen der Dienstleistungsqualität aus Kundensicht ermittelt.

- *Annehmlichkeit* des tangiblen Umfeldes („tangibles“): Nicht nur das Erscheinungsbild des Dienstleistungsortes, sondern auch das Erscheinungsbild des Personals gehört dazu.

- *Zuverlässigkeit* („reliability“): Die Fähigkeit des Dienstleistungsunternehmens, die versprochenen Leistungen auch auf dem avisierten Niveau erfüllen zu können.
- *Reaktionsfähigkeit* („responsiveness“): Die Bereitschaft des Dienstleistungsunternehmens, Kunden zu helfen und Dienstleistungen schnell anzubieten.
- *Leistungskompetenz* („assurance“): Die Fähigkeit des Anbieters die Dienstleistung so zu erbringen, dass das Wissen und die Höflichkeit der Mitarbeiter Vertrauen und Überzeugung übermitteln.
- *Einfühlungsvermögen* („empathy“): Die Bereitschaft und Fähigkeit des Unternehmens auf individuelle Wünsche der Kunden einzugehen (Meffert & Bruhn, 1997, S. 202f).

Betrachtet man die oben angeführten Unterteilungen, erkennt man, dass die fünf Dimensionen der Dienstleistungsqualität von Zeithamel, Parasuraman und Berry alle diese Unterteilungen beinhalten (Meffert & Bruhn, 1997, S. 202). Anzumerken ist auch, dass diese fünf Qualitätsdimensionen nicht nur konzeptioneller Überlegungen entspringen, sondern auch empirisch geprüft worden sind (Hentschel, 1992, S. 99).

### **2.3 Dienstleistungsqualität**

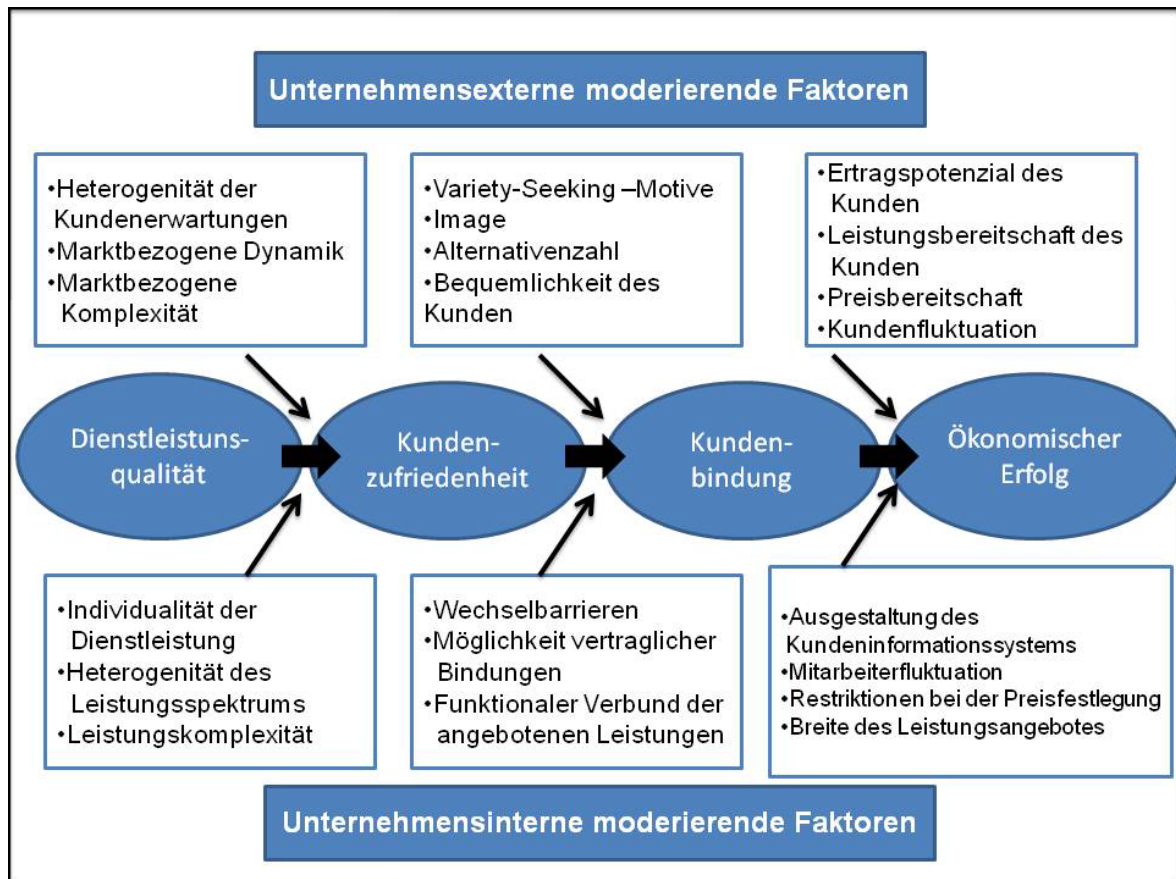
Auch für Sportanbieter ist das Thema Dienstleistungsqualität zunehmend interessanter. Dies gilt gleichermaßen für Profit-Organisationen (kommerzielle Sportanbieter) und für Non-Profit-Organisationen wie Sportverbände und Sportvereine (Bezold, 1996, S. 18). Auch für kommerzielle Sportschulen ist das Thema Dienstleistungsqualität wichtig. Gewerbliche Tennis-, Segel- oder Skischulen sehen sich aufgrund der Ausdifferenzierung der Sportlandschaft und des vielfältigen Angebots im privaten Freizeitmarkt einer verschärften Wettbewerbssituation gegenüber. Sportverbände sind durch die Planung, Organisation und Durchführung von Wettkämpfen, die sich als Dienstleistungen charakterisieren, stetig mit Dienstleistungsqualität konfrontiert (Bezold, 1996, S. 19). Bruhn (1996) definiert Dienstleistungsqualität:

„...als die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund von Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale von Dienstleistungen, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden.“ (Bruhn, 1996, S. 27)

Nach dieser Definition ist Dienstleistungsqualität die Beschaffenheit einer Leistung, die ein bestimmtes Leistungsniveau repräsentiert. Die Erwartungen an das Leistungsniveau werden aus Sicht des Leistungsempfängers – des Kunden – festgelegt. Aus diesem Grund kann ein absoluter Qualitätsbegriff im Dienstleistungsbereich nicht eindeutig definiert werden, er wird den subjektiven Bedürfnissen, den „*Einzelanforderungen an die*

*Beschaffenheit einer Einheit*“ nicht gerecht (vgl. Kapitel 2.2) (Bruhn, 1996, S. 26). Qualität entsteht bei den meisten Dienstleistungen während des Prozess der Erstellung - also durch eine Wechselbeziehung zwischen dem Kontaktpersonal und dem Kunden. Aus diesem Grund erwähnen Zeithaml, Berry und Parasuraman (1995, S. 133), dass Dienstleistungsqualität zu einem hohen Anteil von der Leistung des einzelnen Mitarbeiters abhängig ist. Zeithaml, Berry und Parasuraman (1995, S. 133) erwähnen auch in diesem Zusammenhang den Unterschied zu „tangiblen“ Gütern, deren Qualität man mit großer Präzision definieren und messen kann und der Schwierigkeit, Dienstleistungsqualität zu bestimmen und zu kontrollieren.

Die Auswirkungen, die der Dienstleistungsqualität zugeschrieben werden können, lassen sich anhand der Erfolgskette (Abbildung 3) des Qualitätsmanagements für Dienstleistungen aufzeigen (Bruhn, 2008, S. 8). Eine heterogene Kundenerwartung kann eine Steigerung der Kundenzufriedenheit erreichen. Die Kundenzufriedenheit beeinflusst wiederum kundenbezogene Verhaltenswirkungen, insbesondere die Kundenbindung. Dabei geht man davon aus, dass ein zufriedener Kunde eher bereit ist, die Leistung eines Unternehmens erneut oder in stärkerem Umfang in Anspruch zu nehmen (Bruhn, 2008, S. 8). In Bezug auf Sportvereine beschreibt Bezold (1996, S. 19), dass die Dienstleistungsqualität maßgeblich die Zufriedenheit der Mitglieder beeinflusst. Bereiche der Sportstättenbetreuung, Mitgliedsverwaltung, Organisation des Trainings- und Wettkampfbetriebes, aber auch für das soziale Klima verbindet Bezold (1996) den Sport mit der Dienstleistungsqualität.



**Abbildung 3: Erfolgskette des Qualitätsmanagements für Dienstleistungen (modifiziert nach Bruhn, 2001, S. 58; in Bruhn, 2008, S. 9).**

Die angebotene Dienstleistungsqualität ist dabei ein Schlüsselfaktor für die Kundenzufriedenheit. Der Kunde hat bestimmte Qualitätserwartungen, die zu erfüllen sind (Bruhn, 2008, S. 10). In Anbetracht auf die genannten Zusammenhänge zwischen den Schnittstellen Kundenzufriedenheit, Kundenbindung und ökonomischen Erfolg wurde erkannt, dass unter Effizienzgesichtspunkten – die Sicherstellung der Dienstleistungsqualität - nicht erst an der Schnittstelle zwischen dem Unternehmen bzw. dessen Mitarbeitern und den externen Kunden beginnt, sondern vielmehr an der Untersuchung und Optimierung der Voraussetzungen der Dienstleistungsqualität notwendig ist (Bruhn, 2008, S. 10).

### 2.3.1 Bestimmungen der Dienstleistungsqualität

Die Dienstleistungsqualität bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften von Dienstleistungen, um bestimmte Anforderungen gerecht zu werden (Bruhn, 1995, S. 29; in Meffert & Bruhn, 1997, S. 203). Im folgenden Kapitel stellt sich die Frage, an welchen Anforderungen die Dienstleistungsqualität ausgesetzt ist und wer oder was diese Anforderungen bestimmen. Es werden die Anforderungen aus Kunden-Wettbewerber- und Unternehmenssicht dargestellt.

### *1. Anforderungen aus Kundensicht*

Die Anforderungen aus Kundensicht sind definiert durch die spezifischen Erwartungshaltungen der aktuellen und potentiellen Kunden. Diese können sich auf die Potentialdimension (zum Beispiel Materialien einer Gymnastikstunde) auf den Dienstleistungsprozess (zum Beispiel Höflichkeit der Leiter/innen) oder auf das Ergebnis der Dienstleistungserstellung beziehen (Meffert & Bruhn, 1997, S. 204). (zum Beispiel Durchführung einer Bewegungsstunde)

### *2. Anforderungen aus Wettbewerbersicht*

Die Anforderungen aus Wettbewerbersicht beziehen sich auf die Überlegung, wie sich ein Unternehmen durch eine gezielte Qualitätsstrategie gegenüber den Hauptkonkurrenten profilieren kann. Das Qualitätsniveau der wichtigsten Mitbewerber wird als konkrete Anforderungen erkannt (Meffert & Bruhn, 1997, S. 204).

### *3. Anforderungen aus Unternehmenssicht*

Die Anforderungen aus Unternehmenssicht resultieren aus der Fähigkeit und der Bereitschaft ein bestimmtes Dienstleistungsniveau zu erbringen. Dabei spielen einige Faktoren eine Bedeutung wie z.B. die Dienstleistungsmentalität der Mitarbeiter, ihre fachliche Qualifikation und die Bedeutung der Qualitätspolitik (siehe Kapitel 4) für die Strategie des Dienstleistungsanbieters (Meffert & Bruhn, 1997, S. 204).

Die genaue Aufstellung der einzelnen Anforderungen veranschaulicht, dass die Dienstleistungsqualität nicht eindimensional und einseitig festgelegt werden kann (Meffert & Bruhn, 1997, S. 204). Bruhn (1996, S. 25) verdeutlicht, dass die Qualität der Dienstleistung in einem Spannungsfeld, das sich aus der Sicht der Kunden, der Wettbewerber und des eigenen Unternehmens ergibt.

## **2.3.2 Modelle zur Erfassung der Dienstleistungsqualität**

Durch Modelle zur Erfassung der Dienstleistungsqualität können Maßnahmen eines Qualitätsmanagements für Dienstleistungsunternehmen abgeleitet werden. Es kann zwischen dynamischen und statischen Modellen unterschieden werden. Bruhn und Stauss (1995). Es existieren zahlreiche Modelle der Dienstleistungsqualität, die dazu dienen, die Entstehung der Qualitätswahrnehmung einer Dienstleistung durch den Kunden zu beschreiben. Diese Modelle verfolgten das Ziel, die Dienstleistungsqualität zu operationalisieren, um sie messbar zu machen (Bruhn, 2004, S. 64). Das dynamische Modell von Boulding et al. 1993 geht von der Annahme aus, dass die Kunden nicht immer

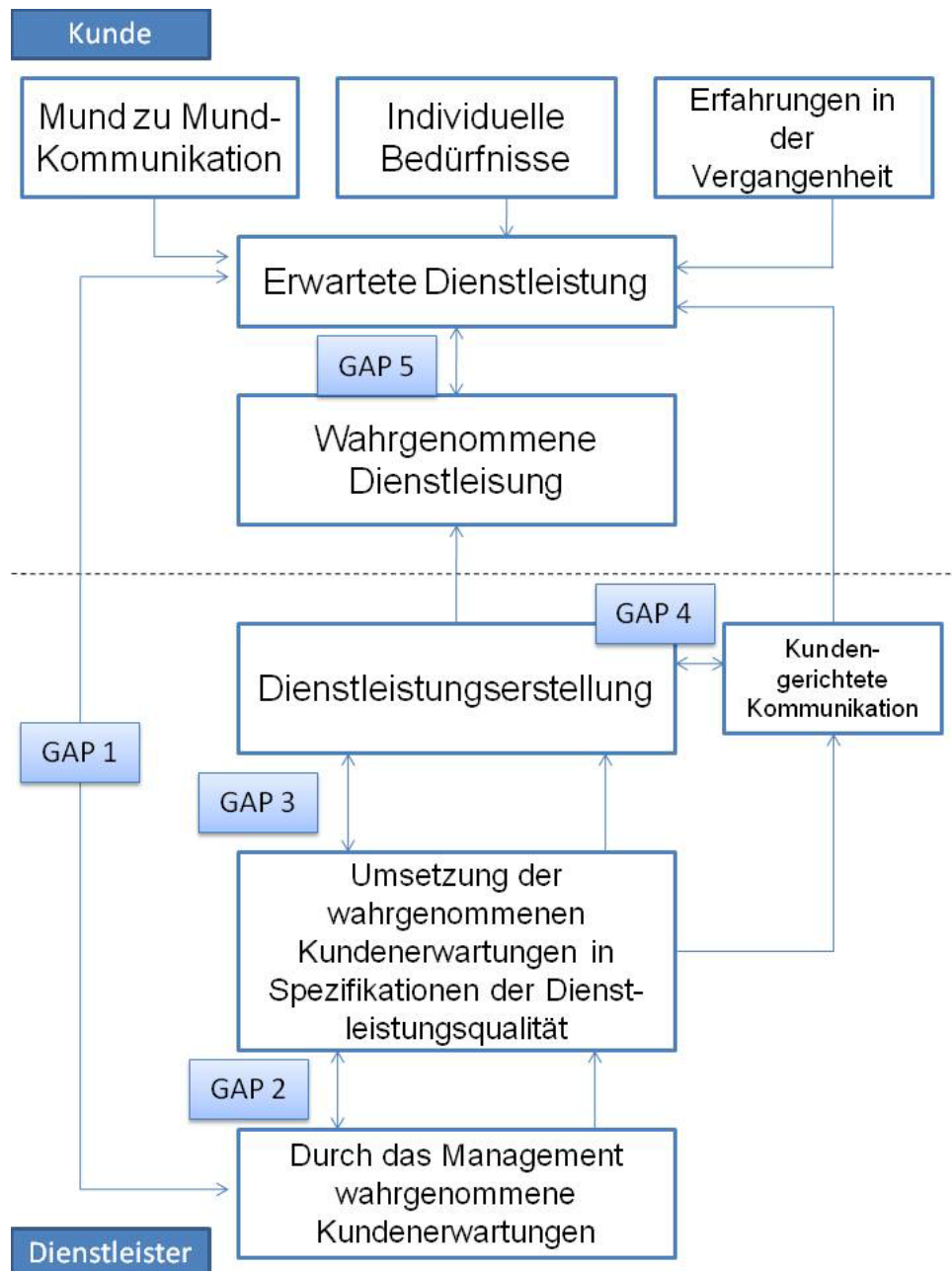


die gleichen Erwartungen und Wahrnehmungen über die Dienstleistungsqualität haben, sondern sie ändern sich im Zeitverlauf (Bruhn & Meffert, 1997, S. 241f).

### **2.3.2.1 Statische Qualitätsmodelle**

In den statischen Modellen der Dienstleistungsqualität werden die ausgewählten Bestimmungsfaktoren der Qualität zu einem bestimmten Zeitpunkt untersucht. Dieses Modell bietet die Möglichkeit die spezifischen Prozesse einer Dienstleistung detailliert abzubilden (Breuer & Erdtel, 2005, S. 167). Die ersten Modelle sind von Donabedian und von Grönroos entwickelt worden (Haller, 1995, S.87) (siehe auch Kapitel 2.2.1). Das auf Zeithaml, Berry und Parasuraman (1995, S. 135) zurückgehende GAP-Modell der Dienstleistungsqualität zeigt eine Möglichkeit auf, die Prozesse die innerhalb einer Dienstleistung stattfinden, detailliert abzubilden. Bruhn und Meffert (1997, S. 236) beschreiben, dass Zeithaml, Berry und Parasuraman (1995) nach umfangreichen explorativen Studien herausgefunden haben, dass „Diskrepanzen“ sogenannte „GAP´s“ zwischen Kunde und Dienstleister entstehen. Nach Breuer und Erdtel (2005, S. 167) ist das Ziel dieser prozessualen Darstellung, diese GAP´s (Diskrepanzen oder Lücken) in der Kommunikation zwischen Dienstleister und Kunden und bei der Dienstleistungserstellung zu identifizieren.

Die Dienstleistungsqualität wird dabei als das Ausmaß der Diskrepanz zwischen den Erwartungen und Wünschen der Kunden und ihren Empfindungen von der tatsächlichen Leistung definiert (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1992, S. 62f). Diese Diskrepanz wird als GAP 5 bezeichnet. Hauptursachen für die GAP 5 sind die vier weiteren Lücken (GAPs) die im Unternehmen selbst entstehen (siehe Abbildung 4). Dieses Modell enthält eine klare Botschaft für die Verantwortlichen um Servicequalität zu verbessern. Der Schlüssel zur Schließung des GAP 5 ist die Schließung der Lücken 1 bis 4, in Anwendung der Maßnahmen für eine dauerhafte Schließung (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1992, S. 52-62). Grundlage des GAP-Modells ist eine Zweiteilung der Interaktionsbeziehung in die Ebenen des Dienstleisters und des Kunden (Bruhn, 2004, S. 66).



**Abbildung 4 : GAP-Modell der Dienstleistungsqualität (modifiziert nach Parasuraman, Zeithaml & Berry , 1985; in Meffert & Bruhn, 1997, S. 237).**

**GAP1:** Diskrepanz zwischen den Kundenerwartungen und deren Wahrnehmung durch das Management. Die erste Diskrepanz entsteht durch falsche Vorstellungen des Managements, was die Kunden erwarten und welche Erwartungen die Kunden haben. Mögliche Ursachen könnten aus einer schlechten Orientierung an Marktforschungsergebnissen, einer unzureichenden Kommunikation und einer zu großen Anzahl von Hierarchiestufen sein (Meffert & Bruhn, 1997, S. 236).

**GAP2:** Diskrepanz zwischen den vom Management wahrgenommenen Kundenerwartungen und deren Umsetzung in Spezifikationen der Dienstleistungsqualität (Meffert & Bruhn, 1997, S. 236). Bezold (1996, S. 86) ergänzt, dass Qualitätsdefizite oftmals durch unklare

Vorgaben von Zielsetzungen vorkommen. Wenn keine Leistungsindikatoren verdeutlicht und nicht identifiziert werden, so wird es auch keine klare Anweisung der Durchführung der Leistungserstellung geben.

*GAP3:* Diskrepanz zwischen den Spezifikationen der Dienstleistungsqualität und der tatsächlich erstellten Leistung. Diese Diskrepanz spiegelt das Ausmaß wider, in dem das Dienstleistungspersonal die Leistung nicht auf dem vom Management erwarteten Niveau erbringt (Meffert & Bruhn, 1997, S. 238). Bezold (1996, S. 86) ergänzt, wenn auch Sollvorgaben des Managements vom Personal nicht eingehalten werden. Verursachende Faktoren der Diskrepanz wäre nach Meffert und Bruhn (1997, S. 86) mangelnde Qualifikation der Mitarbeiter, falsche Kriterien der Leistungsüberwachung, mangelnde Teamarbeit oder Rollenkonflikte beziehungsweise ein unsicheres Rollenverständnis auf Seiten des Dienstleistungspersonals.

*GAP4:* Diskrepanz zwischen den Spezifikationen der Dienstleistungsqualität und der tatsächliche erstellten Leistung. Die vierte Lücke entsteht dadurch, dass die Unternehmen Versprechungen machen, die sie nicht einhalten können. Versprechungen steigern die Erwartungen der Kunden und wenn das Unternehmen diese nicht erfüllen kann, kommt es zu einer Diskrepanz zwischen versprochener und tatsächlich geleisteter Leistung (Meffert & Bruhn, 1997, S. 238). Bezold (1996, S. 86) erweitert diese Diskrepanz mit einem weiteren Grund, der Kommunikationspolitik. Er ergänzt die mangelnde Abstimmung zwischen Kommunikationsabteilung und dem Kundenkontaktpersonal als weiteren Grund für diese Diskrepanz. Wenn das Kundenkontaktpersonal über externe Kommunikationsmaßnahmen (z.B. Informationen an die Übungsleiter/innen) nicht informiert wurde und sich dadurch nicht auf die erzeugten Kundenerwartungen einstellen kann, dann kommt es zu einer erhöhten Diskrepanz im GAP 4 (Meffert & Bruhn, 1997, S. 238).

*GAP5:* Die wahrgenommene Dienstleistungsqualität wird im Modell als Diskrepanz zwischen den Erwartungen und Wahrnehmungen der Kunden definiert. Dabei wird ein funktioneller Zusammenhang in der Weise angenommen, dass die vom Kunden wahrgenommene Dienstleistungsqualität (abhängige Variable) durch die vier Gaps (unabhängige Variable) bestimmt wird (Bezold, 1996, S. 88f).

Kritik am Servqual-Modell bezieht sich auf die Operationalisierung. GAP5 wird zwar als einstellungsähnliches Konstrukt interpretiert, aber anschließend zufriedenheitsorientiert gemessen (Meffert & Bruhn, 1997, S. 240). Den Ausgangspunkt von diesem Modell bilden die Kundenerwartungen im Bezug auf die in Anspruch genommenen Dienstleistungen. (Bezold, 1996, S. 85). Weiteres reiht Bezold (1999, S. 85-95) dieses Modell als ein Qualitätsmanagement-Modell ein. Die vier im Unternehmen auftretenden Lücken

bestimmen die Qualitätswahrnehmung und –beurteilung der Dienstleistungskunden. Wobei die Gestaltung der Lücken Aufgabe der Qualitätsverantwortlichen ist. Haller (1995, S.88) erwähnt, dass das Gap-Modell eine neue Sichtweise und Perspektiven eröffnet, indem es aufzeigt, welche Hürden vom Dienstleister überwunden werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Leistung erbringen zu können.

#### **2.3.2.2 Dynamische Qualitätsmodelle**

Im Unterschied zu den statischen Qualitätsmodellen berücksichtigen dynamische Qualitätsmodelle den Prozesscharakter der Leistungsvorstellung (Meffert & Bruhn, 1997, S. 240). Als Beispiel wird das dynamische Prozessmodell von Boulding et al. (1993; in Meffert & Bruhn, 1997; Bruhn, 2004) vorgestellt. Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass sich die Erwartungen und Wahrnehmungen eines Kunden hinsichtlich der Dienstleistungsqualität im Zeitablauf verändern und unterschiedliche Verhaltensmuster gegenüber dem Dienstleister verursachen können (Bruhn, 2004, S. 87). Dieses Modell beinhaltet drei Faktoren und bezieht die wahrgenommene Dienstleistungsqualität (Bruhn, 2004, S. 87).

- *Wird- Erwartung:* Welche Erwartungen der Kunde vor der Inanspruchnahme der Dienstleistung für wahrscheinlich hält. (Was wird passieren?)(Bruhn, 2004, S. 88)
- *Soll- Erwartung:* Es sind die Vorstellungen des Kunden von den versprochenen Services. (Was sollte passieren?) (Bruhn, 2004, S. 88)
- *Das gerade gelieferte Service:* während des Dienstleistungsprozesses. (während des Kontaktes mit dem Anbieter) (Bruhn, 2004, S. 88)



**Abbildung 5: Dynamisches Prozessmodell (modifiziert nach Boulding et al., 1993, S. 12; in Bruhn & Meffert, 1997, S. 241).**

Der Kunde hat schon vor der Inanspruchnahme der Dienstleistung konkrete Vorstellung über seine Wird- und Soll- Erwartungen hinsichtlich jeder Dimension der Dienstleistungsqualität. Diese wahrgenommenen Qualitätsdimensionen werden addiert und als ein globales Qualitätsurteil über die Servicequalität definiert. Dieses Urteil veranlasst den Kunden zu einem bestimmten Verhaltensmuster, wie z.B. zur Loyalität gegenüber dem Anbieter. Für die Qualitätswahrnehmung sind die Wird- und Soll- Erwartungen des Kunden wesentliche Determinanten (Meffert & Bruhn, 1997, S. 241). Der Kunde ist in der Lage diese Wahrnehmungen im Verlauf zu revidieren, neu zu bilden oder zu bestätigen, indem er zum Einen die Erfahrungen früherer Begegnungen mit dem Dienstleistungsanbieter nutzt und zum Andern relevante Informationen über die Dienstleistung aus externen Kommunikationsquellen analysiert (Meffert & Bruhn, 1997, S. 242). Das Modell ist in der Lage unterschiedliche Erwartungen im Bezug auf die Servicequalität der Kunden zu liefern. Die Organisation steht vor der Aufgabe, sich im Rahmen des Qualitätsmanagements mit der Kundenerwartungen auseinander zusetzen, um die Möglichkeiten der Steuerung von Kundenerwartungen auszunutzen (Bruhn, 2004, S. 90). Im Labor und

Feldexperimenten haben sich beim Test des Modells folgende Resultate ergeben:  
(Boulding et al.; in Bruhn, 2004, S. 90)

- Je höher die „*Wird- Erwartungen*“ des Kunden sind, desto besser wird von ihm auch die wahrgenommene Dienstleistungsqualität eingeschätzt.
- Je höher die „*Soll- Erwartungen*“ des Kunden sind, desto schlechter schätzt er die wahrgenommene Dienstleistungsqualität ein.

Die Organisation sollte die Wird- Erwartungen steigern und die Soll- Erwartungen des Kunden senken oder konstant halten. Das Problem ist, dass das Modell, im Gegensatz zum GAP-Modell, keine konkreten Umsetzungsstrategien bringt. Damit ist fraglich, ob geeignete Maßnahmen zur Erzeugung dieser gegenläufigen Erwartungsbildung beim Kunden existieren (Meffert & Bruhn, 1997, S. 242).

### **3 Qualitätsmanagement**

Die Auswahl der Qualitätsmanagement-Modelle für Dienstleistungen erfolgt mit dem Ziel, einen Überblick über das Thema Qualität zu geben. Es wird vielmehr darauf geachtet, die Verbindung zu Sportorganisationen und die Möglichkeiten von Qualitätsmanagement für Gesundheitssport zu erstellen. Breuer und Erdtel (2005) beschreiben Qualitätsmanagement in Sportorganisationen:

„Ziel von Qualitätsmanagement (QM) ist es in diesem Kontext, die vorhandenen Ressourcen, Kompetenzen und Prozesse so zu organisieren, dass die Qualität der Leistungserbringung für die Adressaten optimiert wird.“ (Breuer & Erdtel, 2005, S. 164)

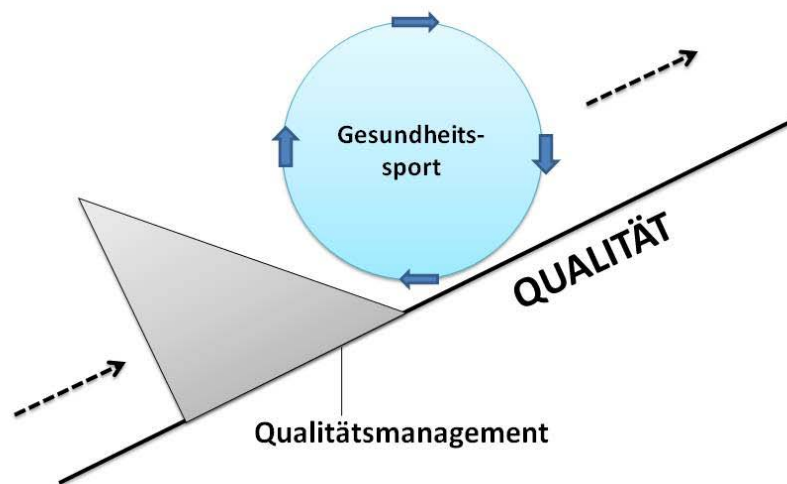
Die Schweizer Sportvereinsführung (2006, S.1) versteht unter Qualitätsmanagement eine Führung der Qualitätssicherung und Entwicklung. Qualitätssicherung im Sportverein ist ein laufender Prozess, der durch die Führung (Präsidentin, Vorstand, Trainer) initiiert, in Gang gesetzt und überwacht wird. Zugriff am 28.08.2010 unter [www.sportvereinsfuehrung.ch](http://www.sportvereinsfuehrung.ch).

„Qualitätsmanagement kann als ein Führungsprozess bezeichnet werden, der die gezielte Planung, Steuerung und Kontrolle aller Qualitätsaspekte und Dimensionen der Unternehmung umfasst.“ (Krotz & Gratzner, 1989, S. 18; zit.n. Meffert & Bruhn 1997, S. 199)

Alle Menschen betreiben in irgendwelcher Form Qualitätsmanagement. Das Individuum hält sein Wissen so gut wie möglich auf dem neuesten Stand, beachtet Hygieneregeln, beachtet Bestimmungen und sonstige Vorschriften und lässt sich nur auf Aufgaben ein, die mit dem Wissen und Mitteln sinnvoll erledigt werden kann. Die Norm stellt keine darüber hinausgehenden Forderungen an das Handeln. Durch Implementierung, Beschreibung und Zertifizierung wird lediglich die Nachweisbarkeit nach außen gewährleistet (Hartl & Wernisch, 2006, S. 25). Im Qualitätsmanagement geht es darum, die Qualität zu verbessern. Es befasst sich folglich nicht explizit mit Zeit und Kosten (Zollondz, 2002, S. 5). Bei Sportinstitutionen sowie im Gesundheitsbereich wird zunehmend nach Qualitätsmanagement gefordert. Dieses Qualitätsmanagement bezieht sich nach Hartmann, Opper und Sudermann (2005, S. 8) auf folgende Punkte:

- Qualität der Angebote (Orientierung an Zielen der Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 6.4)
- Qualitätskriterien (Aus-Fortbildung, Evidenzsicherung, Programmstrukturen u.s.w) ( siehe Kapitel 7 )
- Qualitäten von Gesundheitssport/ Kernziele (im Hinblick auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkung) ( siehe Kapitel 7.1 )

Nach dem Deutschen Turner-Bund in Hartmann et al. (2005, S. 95) wird Qualitätsmanagement als ein Prozess der Organisationsentwicklung verstanden. Die Steuerung der Qualität der Übungsangebote ist ein laufender Prozess, der nie abgeschlossen und ständig neu überarbeitet wird. Abbildung 6 beschreibt, dass ein gewonnenes Qualitätsniveau gehalten werden muss um Verbesserungen zu erhalten, und immer wieder neu überarbeitet werden sollte.



**Abbildung 6: Qualitätsmanagement von Gesundheitssport (modifiziert nach Hartmann, Oppen & Sudermann, 2005, S. 95).**

Nach dem Deutschen Turner-Bund in Hartmann et al. (2005, S. 95) wird Qualitätsmanagement angewandt, um eine vergleichbare Qualität aller Angebote zu geben, den Übungsleitern/innen möglichst optimale Bedingungen zu ermöglichen, sowie die Zufriedenheit der Kursteilnehmer/innen und die Gesundheitssportangebote zu verbessern. Nach Breuer und Erdtel (2005, S. 174) hat der Deutsche Turner Bund Qualitäts-Bausteine für eine Optimierung der Qualitäten der Leistungserbringung, Gesundheitspolitik, Gesundheitssystem und der Teilnehmer/innen erstellt. Folgende Bausteine kommen zum Einsatz: Aus- und Fortbildung der Übungsleiter/innen, Dokumentation der Maßnahmen, Evaluierung von Programmen, Befragung von Übungsleitern/innen und Teilnehmern/innen (Teilnehmerzufriedenheit), Verbreitung von Wissen über Verbandsmedien, Einführung von Qualitätszirkeln und Implementierung eines wissenschaftlichen Beirats. Weiteres erwähnen Breuer und Erdtel (2005, S. 174f), dass die Entwicklung und Implementierung dieses Qualitätskonzeptes/ Bausteine unterschiedlich weit vorangeschritten ist. Das Konzept des Deutschen Turnerbunds orientiert sich an der Qualitätsphi-



losophie des Total Quality Management (wird im Kapitel 3.5 näher erläutert) Dabei wird versucht, ein prozessorientierte Denkweise zu etablieren, die an den Anforderungen der Mitarbeiter/innen und der Kunden/innen ausgerichtet ist, sowie das Handeln aller Mitglieder beeinflusst. Bruhn (1996, S. 89) definiert Qualitätsmanagement als die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen. Bruhn und Meffert (1997, S. 249) sehen im Qualitätsmanagement eine zentrale Aufgabe, eine permanente Sicherstellung, der vom Anbieter unter Berücksichtigung der Kundenanforderung definierten Dienstleistungsqualität. Im Kapitel 3.3.1 werden die Kundenanforderungen, die für die Qualität der Dienstleistung eine wichtige Bedeutung haben, näher eingegangen. Das Konzept der Orientierung am Kunden bildet die Basis für die Umsetzung und Durchführung von Total Quality Management als die Koordination eines komplexen Systems, das von der Erfassung der Kundenerwartungen bis zur Platzierung des Produkts bzw. Dienstleistung beim Kunden reicht (Kamiske & Brauer, 1999, S. 126).

Hingegen Breuer und Erdtel (2005, S. 165) ergänzen, dass eine Dienstleistung ein Prozess ist, deren Maße an Leistungen der einzelnen Mitarbeiter stark geknüpft ist. Es ergibt sich nun die Schwierigkeit diese Leistung zu messen, zu testen und zu überprüfen. Eine Dienstleistungsqualität lässt sich nach Breuer und Erdtel (2005, S. 166) nur dann managen, wenn eine Organisation ihr Qualitätsniveau regelmäßig misst und bewertet. Das im Kapitel 2.3.2.1 beschriebene GAP-Modell wird in der Literatur auch als Qualitätsniveau (vgl. Breuer & Erdelt, 2005; Bezold 1996, S. 85f) oder auch als ein Modell zur Messung von Dienstleistungsqualität beschrieben. Ausgehend vom Qualitätsmanagement-Konzept des Deutschen Turner-Bundes verdeutlicht in Hartmann et al. (2005, S. 105) lässt sich erkennen, dass die im Kapitel 2.2.1.1 beschriebenen Dimensionen nach Donabedian zur Anwendung kommen. In Bezug auf die Gesundheitssportangebote müssen die Teilnehmeranforderungen erfüllt werden (Ergebnisqualität). Angesichts der Qualitätskriterien die in einem Gesundheitsprogramm zur Anwendung kommen, müssen die Übungsleiter/innen befähigt werden diese zu realisieren. Dieser Prozess wird unter (Prozessqualität) definiert. Damit der Prozess der Übungsleiter/innen gewährleistet werden kann, muss die Verbandsorganisation bestimmte Strukturen entwickeln um eine gute Servicequalität für alle Mitarbeiter/innen und Kunden/innen zu realisieren, der unter (Strukturqualität) beschrieben wird. Die drei Dimensionen nach Donabedian lassen sich nach Hartmann et al. (2005, S. 105-106) und Huber (1999, S.11) genauer beschreiben:

Als Aspekte der *Strukturqualität* für Gesundheitssportprogramme sind nach Hartmann et al. (2005, S. 105); Huber (1999, S.11-13) zu nennen:

- Qualifikationsstrukturen (Aus- und Fortbildungssystem, Qualitätszirkel etc.)
- Infrastrukturelle Voraussetzungen (Geräte, Räumlichkeiten)

- Definition der Zielgruppen (Indikatoren) und Behandlungszielen
- Spezifische Serviceleistungen (Literatur, Medien, etc.)
- Antrags- und Dokumentationsverfahren
- Expertenberatung (Forschungsprojekte etc.)
- Kommunikationsmodalitäten und Instrumente
- Kooperationen (Ärzte, Krankenkassen)
- „Zugang“ zum Programm
- Qualität der Veranstaltungsstätten

Huber (1999, S. 12) beschreibt als wichtiges Kriterium bei der Prozessqualität die Verwendung der grundlegenden Regeln der Medizin, Sportwissenschaft und der Erfahrung der sporttherapeutischen Praxis. Nach Huber (1999, S. 12) ist davon auszugehen, dass durch einen qualitativ hochwertigen Prozess bei der Intervention ein gutes Ergebnis erzielt werden kann. Als Aspekte der *Prozessqualität* für Gesundheitssportprogramme sind nach Hartmann et al. (2005, S. 105) und Huber (1999, S. 12) zu nennen:

- Berücksichtigung der medizinisch, sportwissenschaftlich und sozialwissenschaftlich begründeten Vorgaben
- Orientierung an den Bedürfnissen der Zielgruppe
- Dokumentation des Verlaufs der Bewegungseinheit
- Kriterien geleitetes didaktisch-methodisches Handeln (gesundheitssportspezifische Methoden-Kompetenz)
- Sozialkompetenz (u.a Sensibilität für die Befindlichkeit der Teilnehmer/innen, Stimmungsmanagement, Konfliktfähigkeit, Motivationsfähigkeit)
- Organisationskompetenz (u.a Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit, Information und Hilfestellung, Material- und Medieneinsatz)

Nach Huber (1999, S. 12) wird unter Ergebnisqualität das Ausmaß der Erreichung vorher definierter Ziele verstanden. Als Aspekte der *Ergebnisqualität* für Gesundheitssportprogrammen sind nach Hartmann et al. (2005, S. 106); Huber (1999, S. 12) zu nennen:

- Dokumentation der Ergebnisse
- Verbesserung / Wiederherstellung funktioneller und physiologischer Abläufe
- Verbesserung der subjektiven Lebensqualität
- Teilnehmerzufriedenheit
- Fortdauerndes Teilnehmerinteresse
- Mitarbeiterzufriedenheit
- Lokale Zusammenarbeit, Vernetzungen

Aufgrund der hohen Anforderung der Qualitätssicherung von den Krankenkassen für die Revidierung der Kurskosten von Gesundheitssportprogrammen, gewinnt ein systemati-

ches Qualitätsmanagement von Gesundheitssport in den Sportverbänden und Vereinen immer mehr an Bedeutung (Oppper, Brehm, Bös & Saam, 2006, S. 154).

Liebelt (1998, S.2f) beschreibt hingegen die derzeitige Problematik mit der Vorstellung, die Menschen von Qualität und Qualitätsmanagement haben und nicht in einem gemeinsamen Modell zusammenfassen. Diese oft auch unausgesprochenen Teilaspekte werden auch als „mentale Modelle“ bezeichnet. Aussagen wie „Das haben wir immer schon so gemacht“, „Qualität machen wir immer schon“, „wir waren immer schon gut“ oder auch „wir stellen nur die besten Leute ein“ sind Beispiele für das von Liebelt (1998) beschriebenen „mentale Modell“. Diese Einstellungen sind auch im Gesundheitswesen sind des Öfteren anzutreffen. Eine Führungskraft, die das mentale Modell des „Qualitätsmanagement“ vertritt, überlässt es dagegen den Mitarbeitern, die Abläufe und Prozesse zu optimieren. Wenn es unterschiedliche mentale Modelle gibt, werden unterschiedliche Verhaltensweisen, unterschiedliche Fähigkeiten und unterschiedliche Leistungs- und Erfolgskriterien anzutreffen sein (Liebelt, 1998, S. 4). Die nächsten Teilabschnitten von Kapitel 3 beschäftigen sich damit, einen Kontrast zu den „mental Modellen“ zu finden, im Hinblick die für diese Arbeit als relevant angesehen werden.

### **3.2 Qualitätsmanagementsystem**

Unter einem Qualitätsmanagementsystem versteht man ein System für die Festlegung der Qualitätspolitik und von Qualitätszielen, sowie die Erreichung dieser Ziele (Kamiske & Brauer, 2002, S. 63).

„Das ist die Gesamtheit der aufbau –und ablauforganisatorischen Gestaltung, sowohl zur Verknüpfung der qualitätsbezogenen Aktivitäten untereinander wie auch im Hinblick auf eine einheitliche, gezielte Planung, Umsetzung und Steuerung der Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Unternehmen.“ (Kamiske & Brauer, 2002, S. 63)

Es werden nicht nur einzelne Bereiche damit verbunden, sondern das gesamte Unternehmen einschließlich der Beziehungen zum Umfeld einbezogen. Es entsteht ein Regelkreis mit den festgelegten Verantwortungen, Strukturen, Zielen und Prozessen die zur Durchführung erforderlich sind. Das Qualitätsmanagementsystem dient somit der Ordnung und der gezielten Umsetzung von Qualitätsaufgaben im Unternehmen (Kamiske & Brauer, 2002, S. 64). Das in einem Unternehmen bestehende Qualitätsmanagementsystem wird in der Regel mit Hilfe eines Qualitätsmanagementhandbuches dokumentiert. Der Aufbau der Dokumentation, die Regelungen für Erstellung, Freigabe, Pflege der Unterlagen, sowie die Überwachung des Qualitätsmanagementsystems werden festgelegt (Daumann, 2004, S. 16).

### **3.3 Kundenorientierung**

Kundenorientierung erschöpft sich eben nicht in der einmaligen Ermittlung von Anforderung. Sie verlangt eine dauerhafte, bilaterale Kundenbeziehung, ständigen Dialog, eine flexible Umgangsweise mit den Wünschen und Problemen der Kunden/innen, sowie die Einbeziehung der Kunden/innen in die Überwachung von Dienstleistungsprozessen und Dienstleistungsergebnissen (Bezold, 1996, S. 21). Kamiske und Brauer (1999, S.124) verstehen unter Kundenorientierung die Ausrichtung sämtlicher Tätigkeiten und Abläufe (Prozesse bzw. Geschäftsprozesse) eines Unternehmens, die auf die Wünsche, Anforderungen und Erwartungen seiner Kunden verstanden werden. Grundlage ist die Einbeziehung einer Kunden –bzw. anwenderbezogenen Sichtweise in die möglichen Ausprägungen des Qualitätsbegriffs. Kamiske und Brauer (1999, S. 124f) unterscheiden zwischen internen und externen Kunden. Sie beschreiben externe Kunden als jene Personen, die etwas mit dem Produkt zu tun haben, aber nicht mit dem herstellenden Unternehmen zurechenbar sind. Es sind nicht nur spezielle Käuferkreise, sondern auch die gesamte Gesellschaft, der Staat und die Öffentlichkeit. Zu den internen Kunden zählen Kamiske und Brauer (1999, S.125) die Mitarbeiter, die unmittelbar mit dem Produkt im Unternehmen zu tun haben. Kamiske und Brauer (1999, S.125) verdeutlichen, dass um einem optimalen Fertigungsprozesses nach dem Just in Time<sup>1</sup> Prinzip zu gewährleisten, es unbedingt erforderlich ist, dass ausschließlich einwandfreie Teile an die nachfolgende Bearbeitungsstufe zu übergeben sind. Dieser Prozess beinhaltet die Übertragung von Qualitätsverantwortung auf die Mitarbeiter durch Einführung von Selbstprüfung anstelle von Fremdkontrolle. Voraussetzung dafür sind strukturierte Prozesse, ein hohes Engagement der Mitarbeiter und gegenseitiges Vertrauen von Vorgesetzten und Mitarbeitern. (vgl. Kapitel 3.4 Prozessmanagement) Weiteres verdeutlichen Kamiske und Brauer (2002, S. 46), dass die Erwartungen des Kunden den Mitarbeitern bekannt sein sollten um eine optimale Wertschöpfungskette zu durchlaufen. Meister (1998, S. 7) ergänzt, wenn sich die Anbieter nur an ihren eigenen Einstellungen und nicht an den Wünschen und Anforderungen der Kunden orientieren, werden sie keine zufriedenen Kunden haben. Damit meint Meister (1998), dass man die Forderungen und Wünsche der Kunden/innen bekannt sein sollte. Wünsche, Ärger und Forderungen

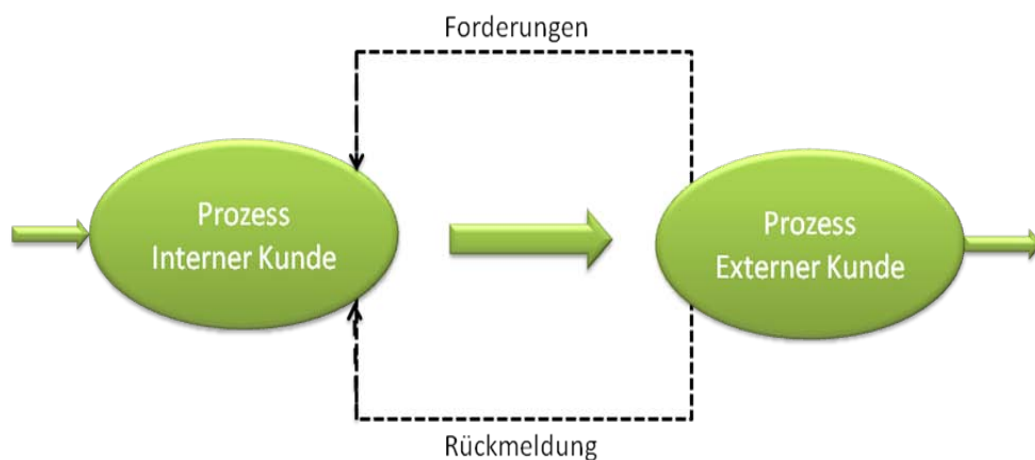
---

<sup>1</sup> Unter Just in Time versteht man die gesamte Produktion auf allen Fertigungsstufen, die richtigen Teile am richtigen Ort, in der richtigen Menge, zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Qualität zu erhalten bzw. zu liefern (Kamiske & Brauer, 1999, S. 124).

können ganz unterschiedlicher Ausprägung sein und variieren naturgemäß in Umfang und Intensität. Deshalb kann es keinen Katalog geben, der alle Kriterien dafür enthält, um diese Vielfalt zu erheben. Somit liefern Antworten auf die Fragen, wie „Sind Sie mit dem Angebot zufrieden?“ nur einen Bruchteil der Informationen, die ein Anbieter braucht um zu wissen, was sein Kunde wirklich will (Meister, 1998, S. 73). In allen Bereichen des Sports unter der Perspektive der marktorientierten Unternehmensführung führt zu der Erkenntnis, dass die Neugewinnung von Kunden bedeutend teurer ist als die Kundenpflege. Die steigenden Erwartungen der Kunden und der zunehmende Wettbewerb zwingen die Sportanbieter zu einem besseren Qualitätsmanagement, das bei den Kunden zu höheren Zufriedenheit mit den Leistungen des Anbieters führt (Woratschek, 1999, S. 196).

### 3.3.1 Kundenanforderung

Kennzeichnend für dieses Verständnis von Qualitätsmanagement ist zum Einen die konsequente Ausrichtung der unternehmerischen Prozesse und Leistungen auf Kundenanforderungen und –bedürfnisse. Qualität wird verstanden als „Erfüllung von (vereinbarten) Anforderungen zur dauerhaften Kundenzufriedenheit (Zink, 1996, S. 18, in Bezold, 1996, S. 82).



**Abbildung 7: Aneinanderreihung interner und externen Kunden-Prozess (modifiziert nach Kaminske & Brauer 2002, S. 46).**

Abbildung 7 beschreibt den Prozess von internen und externen Kunden als einen Prozessablauf. Es ist genauso bedeutsam, die Qualität der Dienstleistungen innerhalb des Unternehmens einzuhalten, wie gegenüber den externen Kunden. Erst wenn jeder interne Kunde einwandfreien Input erhält und gleichzeitig die Anforderungen seines Kunden erfüllt, entsteht ein optimales Endergebnis: ein zufriedener Kunde (Kaminske & Brauer, 2002, S. 46). Im Rahmen der externen Qualitätsprüfung (vgl. Kapitel 4.3.2) werden Kundenanforderungen aus Sicht der Kunden überprüft und vertiefend auf die

Einstellungsforschung, Ereignisforschung, Kundenzufriedenheitsforschung und die Beschwerdeforschung eingegangen.

### 3.3.2 Kundenzufriedenheit

Nach Hänsel (2005, S. 348) wird für die „Zufriedenheit“ in der Regel eine kognitive (bilanzierende) und eine emotionale Komponente unterschieden. Der Kunde bewertet die Erfüllung seiner Bedürfnisse und Erwartungen durch die erbrachten Leistungen. Hänsel (2005, S. 349) beschreibt weiteres, die subjektiven Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse eines Kunden, die unterschiedlich ausfallen können. Der Kunde entscheidet, ob er unzufrieden oder zufrieden mit der Leistung ist. Diese Abwägung hängt nach Hänsel (2005) von den objektiv erbrachten Leistungen ab (siehe Abbildung 8). Es stellt sich in Folge die Frage, wie ein Anbieter die Qualität der Zufriedenheit der Kunden einheitlich festlegen und erbringen kann. Bleiben die Kundenanforderungen an die Leistung konstant, so muss diesen mit gleichbleibender Qualität entsprochen werden. Die Qualitätssicherung beruht dann vor allem auf der Vereinheitlichung von Leistungen, wie man sie bei der Standardisierung als Oberbegriff für die Vereinheitlichung findet. Qualitätsstandards stehen somit für Mindesteigenschaften von Prozessen (Meister, 1998, S. 43).

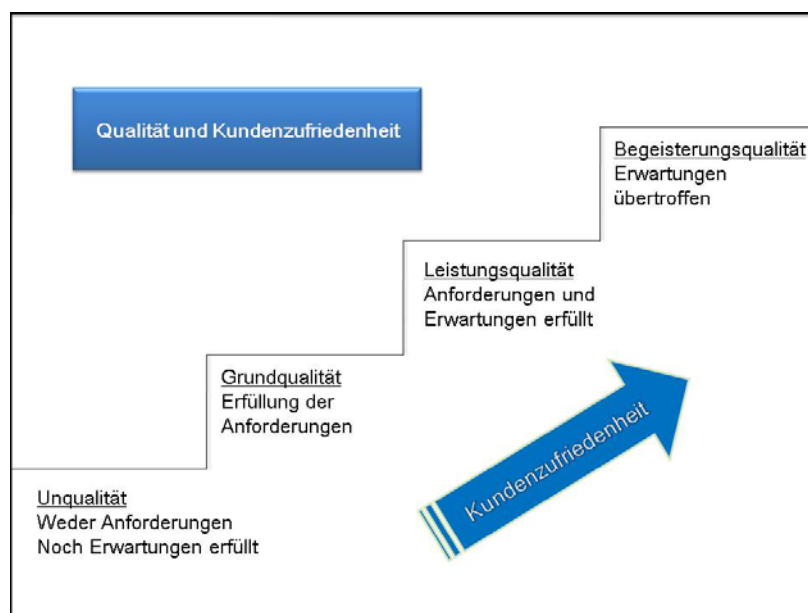


Abbildung 8 : Qualität und Kundenzufriedenheit (modifiziert nach Behrens, 2001, S. 10).

- a) *Unqualität* heißt weder die Anforderungen, noch die Erwartungen der Kunden erfüllen. Diese Organisationen sind lediglich auf kurzfristige Gewinnmaximierung

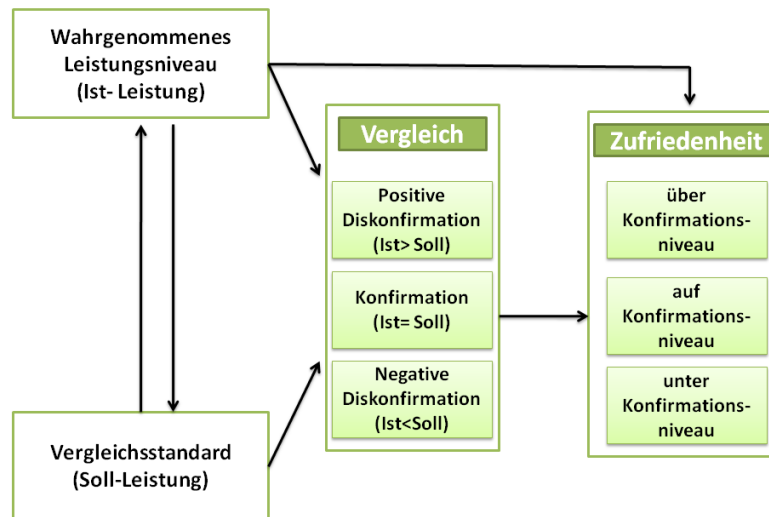
aus und auch schlecht organisiert. Es kommt zu keiner längerfristigen Kundenbindung (Behrens, 2001, S. 11).

- b) *Grundqualität* erfüllen die Normforderungen. Die Kunden/innen bekommen das was sie sich erwarten. Diese Organisationen haben nur dann eine Chance wenn sie die Billigsten in der Branche sind (Behrens, 2001, S. 11).
- c) *Leistungsqualität* bieten Unternehmen, die neben den definieren Anforderungen auch die Erwartungen der Kunden/innen erfüllen. Hier wird auf Service und Freundlichkeit geachtet und auf Kundenbindung wird ebenfalls besonders geachtet (Behrens, 2001, S. 11).
- d) *Begeisterungsqualität* erreicht absolute Kundenzufriedenheit. Statt in teure Werbung wird in Kundenbindung investiert. Nicht geforderte Zusatzleistungen kosten Geld, binden jedoch den Kunden. Durch die hohen Anforderungen die zum Beginn der Leistungserstellung gestellt werden, wird bei einer zweiten Inanspruchnahme schon vorausgesetzt (Behrens, 2001, S. 11).

Die Kundenanforderung bzw. die Kundenzufriedenheit sind die naheliegendste Bezugsgröße, da letztlich die Kunden als Empfänger und Verwerter der Dienstleistung darüber entscheiden, ob die Qualität der Dienstleistung als gut oder schlecht zu beurteilen ist (Benz, 1991; in Bezold, 1996, S. 39). Kundenorientierung wird als höchstes Maß der Unternehmensführung akzeptiert. Die Leistungen, welche die individuellen Nachfragebedürfnisse am besten befriedigen, werden als die höchste Qualität angesehen (Garvin, 1988, S. 43; in Bezold, 1996, S. 39). Hänsel (2005, S. 343ff) bestätigt diese Ansicht, doch er ergänzt, dass in Sportvereinen oder in Einrichtungen des Gesundheitswesens verstärkt die Kundenzufriedenheit als Qualitätsmerkmal herangezogen wird. Im Bereich des Sports kann man nicht nur die Sicht des Kunden als evident betrachten, sondern es ist auch sinnvoll Qualität auf der Anbieterseite zu beurteilen (Hänsel, 2005, S. 349).

Im Kapitel 4.3.2 Externe Qualitätsprüfung wird auf das Thema Messbarkeit der Qualität im Dienstleistungsbereich im Bereich der Kundenzufriedenheit näher eingegangen. Nach Hänsel (2005, S. 346) sind publizierte Ergebnisse/ Studien zur Kundenzufriedenheit im Sport nicht sehr zahlreich, dennoch wird kurz das bekannteste Modell zur Messung der Kundenzufriedenheit behandelt. Im *Confirmation/ Disconfirmation-Modell* (C/D- Modell) wird die Kundenzufriedenheit als Ergebnis eines Vergleichsprozesses des/der Kunden/in zwischen der erwarteten Leistung (Soll-Wert) und der wahrgenommenen erbrachten Leistung (Ist-Wert) betrachtet (Homburg & Stock-Homburg, 2006, S. 20). Nach Homburg und Stock-Homburg (2006, S. 20) ist die Kernaussage des C/D- Paradigmas (vgl. Abbildung 9) der Vergleich der wahrgenommenen Leistung (Ist-Leistung) mit einem

bestimmten Vergleichsstandard des/der Kunden/in (Soll-Leistung). Entspricht die Ist-Leistung der Soll-Leistung, so kann von Konfirmation (Bestätigung) gesprochen werden. Wenn die wahrgenommene Leistung mit dem Vergleichsstandard übereinstimmt, kann von einem Konfirmationsniveau gesprochen werden.



**Abbildung 9: Darstellung des C/D- Paradigmas: Vergleichsmechanismus, zur Entstehung von Kundenzufriedenheit (modifiziert nach Homburg & Stock-Homburg, 2006, S. 21).**

Die Abbildung 9 veranschaulicht den Vergleich von dem wahrgenommenen Leistungsniveau (Ist-Leistung) und dem Vergleichsstandard (Soll-Leistung). Es wird davon ausgegangen, dass Diskrepanzen negativ (Erwartungen werden nicht durch die wahrgenommene Leistung erfüllt) oder auch positiv (die wahrgenommene Leistung übertrifft die Erwartungen) ausfallen können. Entspricht die Ist-Leistung der Soll-Leistung, so kann von Konfirmation (Bestätigung) gesprochen werden. Wenn die wahrgenommene Leistung mit dem Vergleichsstandard übereinstimmt, kann von einem Konfirmationsniveau gesprochen werden (Homburg & Stock-Homburg, 2006, S. 21ff). Aufbauend im Sinne des C/D-Modells ist das Instrument SERVQUAL (service quality approach) von Parasuraman, Berry und Zeithaml (1991, in Hänsel, 2005, S.354). SERVQUAL ist ausgehend vom C/D-Modell und den Dimensionen von Parasuraman, Berry und Zeithaml (vgl. Kapitel 2.2.1.3) ein aufbauendes Konzept und wird im Kapitel 4.3.2 externe Qualitätsprüfung / Kundenzufriedenheit näher eingegangen.

### 3.3.3 Kano-Modell

Als Zusammenfassung von Kundenanforderung und Kundenzufriedenheit wird das Modell des Japaners Noriaki Kano konkretisiert. Dieses Modell verdeutlicht den Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Kundenanforderungen und der Kundenzufriedenheit. (siehe



Abbildung 10) Qualität erscheint in diesem Modell als ein bewegliches Ziel. (Kamiske & Brauer, 1999, S. 127f).

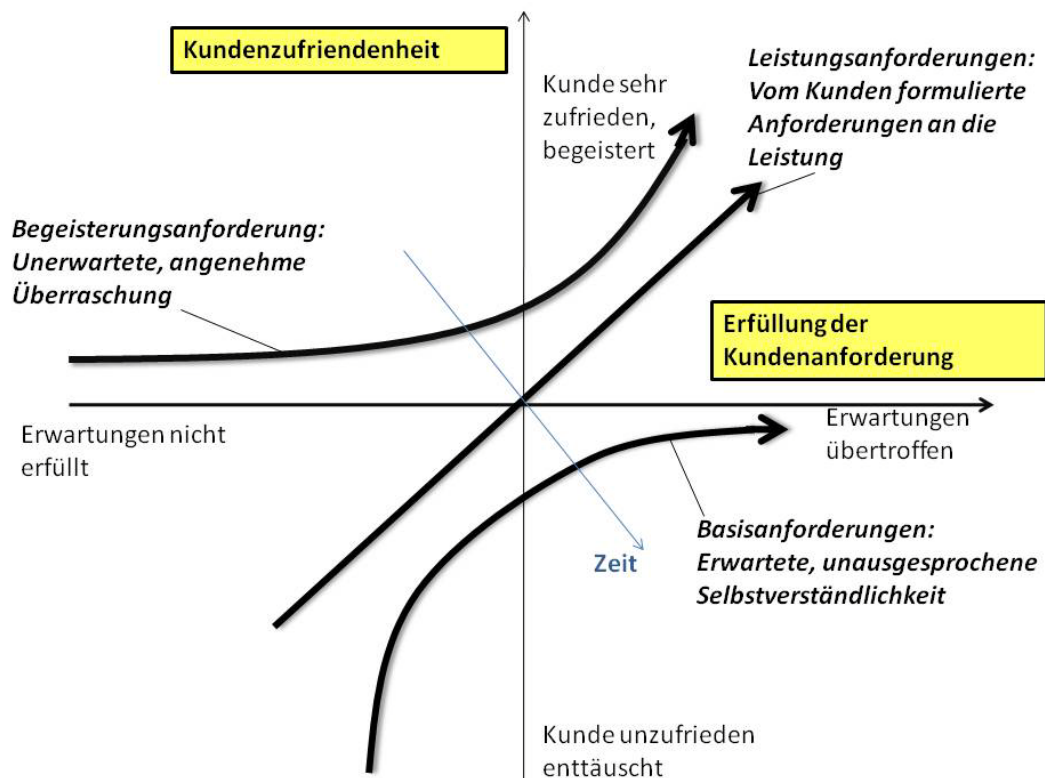


Abbildung 10: Kano-Modell, Zusammenhang zwischen Kundenanforderung und Kundenerwartung (modifiziert nach Kamiske & Brauer, 1999, S. 127).

Das Kano-Modell veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Kundenanforderungen und der Kundenzufriedenheit. Dabei ist ersichtlich, dass sich die Zufriedenheit der Kunden durch die Erfüllung von selbstverständlichen Erwartungen (Basisanforderungen) oder ausdrücklich geäußerten Wünschen (Leistungsanforderungen) nur begrenzt steigern lässt. Fehlerfreie qualitativ hochwertige Dienstleistungen werden zunehmend vorausgesetzt (Kamiske & Brauer, 2002, S. 46f). Es wird vermehrt Anstrengung verlangt, um den Kunden in einer hervorragenden Weise zufrieden zu stellen (Kamiske & Brauer, 1999, S. 128).

### 3.4 Prozessmanagement

Dieses Konzept wurde Anfang der 80er Jahre entwickelt. Es umfasst planerische, organisatorische und kontrollierbare Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Prozesse hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten, und Kundenzufriedenheit (Kamiske & Brauer, 2002, S. 56f). Unter Prozessorientierung verstehen Kamiske und Brauer (1999, S. 149) eine Grundhaltung, wobei das gesamte betriebliche Handeln als eine Prozesskette

betrachtet wird. Ziel ist dabei die Steigerung von Qualität und Produktivität durch eine ständige Verbesserung der Prozesse. Eine bedeutende Rolle spielen dabei die Wünsche und Anforderungen der Kunden, sowie die Einbeziehung der Mitarbeiter. Daumann (2004, S. 18) ergänzt, dass der Prozess der Leistungserstellung so gestaltet werden muss, dass die Qualitätspolitik nach innen und außen deutlich wird. Dazu müssen die qualitätsrelevanten Subprozesse identifiziert und dokumentiert werden.



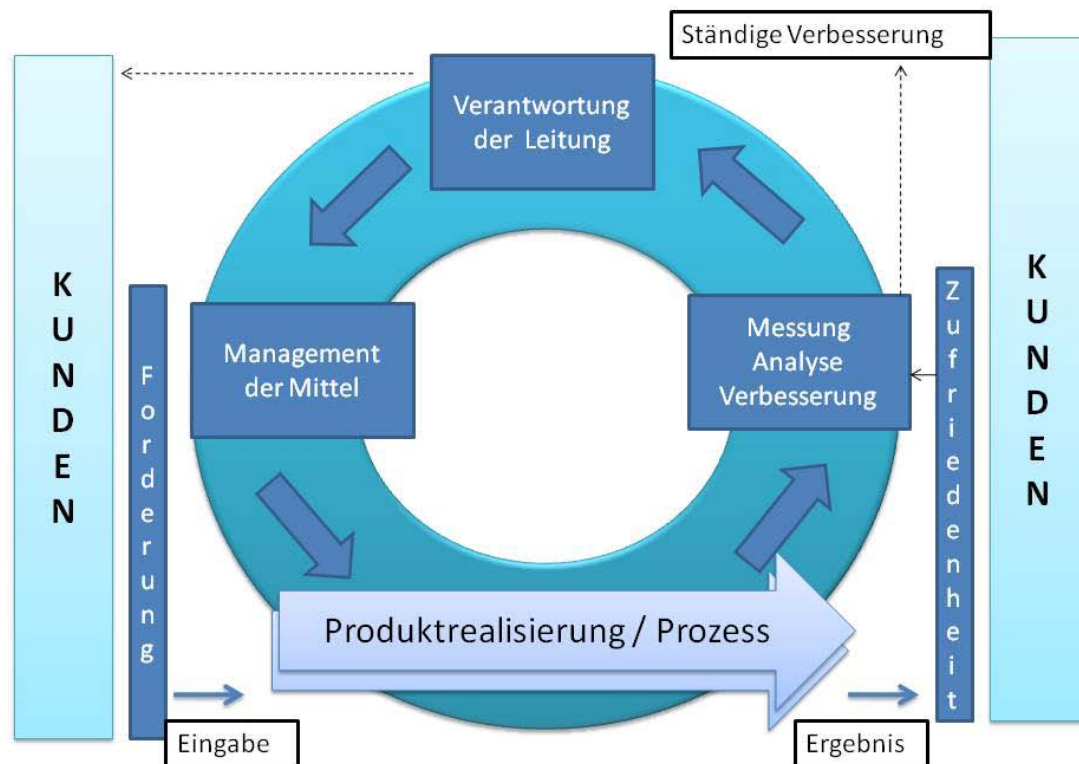
**Abbildung 11: Betriebliche Leistungen als Kette von Einzelprozessen (modifiziert nach Junghans in Masing 1995, S. 251).**

Die betriebliche Leistung entsteht durch das Zusammenwirken vieler Einzelprozesse, wie in Abbildung 11 schematisch dargestellt ist. Wegen der Übersicht ist ein lineares Fortschreiten der Tätigkeiten in ihrem Zusammenhang gezeichnet. In der Realität sind die Vorgänge wesentlich komplexer. Sie verlaufen zum Teil parallel, überkreuzen und wiederholen sich (Masing, 1995, S. 251).

Masing (1994, S. 63) verdeutlicht den Prozessgedanken in der Kombination mit organisatorischen Strukturen, die mehrere komplexe Prozesse durchlaufen, jedoch nur einen Prozess- Eigner haben. Mit Prozess- Eigner versteht Masing (1994) eine Person die für einen Prozess verantwortlich ist. Es ist die Aufgabe dieser Person, den Prozess zu definieren, zu messen und zu steuern. Masing (1995, S. 250) ergänzt, dass die Mitarbeiter/innen, den Prozess im Sinne von guter oder schlechter Ausführung unmittelbar beeinflussen können. Die Mitarbeiter/innen sind für den Prozess und deren Output verantwortlich. Liebelt (1998, S. 122) versteht unter Prozess einen umfassenden Arbeitsablauf, bei dem eine Eingabe (Input) durch eine Tätigkeit (Aktivität) in ein Ergebnis (Output) transformiert wird. Masing (1994, S. 52) ergänzt zu der Definition von Liebelt (1998), dass ein Prozess einen messbaren In- und Output hat und wiederholbar ist.

Prozesse werden grundsätzlich nach den unterschiedlichsten Kriterien zu Prozessgruppen geordnet und gruppiert. Es ist möglich Prozesse in Arbeitszeit, Arbeitskräften, Arbeitsstellen zu gruppieren (Liebelt, 1998, S. 125). Oess (1991, S. 114) verdeutlicht die Wichtigkeit der Verbesserung der Arbeitsprozesse um eine Optimierung des Gesamtpro-

zesses erreichen zu können, um in weiterer Folge mit Hilfe des TQM bessere Ergebnisse zu erzielen. TQM erzeugt ein prozessorientiertes Denken und Vorgehen.



**Abbildung 12: Modell der Prozessorientierung (modifiziert nach Kamiske & Brauer 2002, S. 59; Daumann, 2004, S. 75; Hartl & Wernisch, 2006, S.33).**

Die Abbildung 12 beschreibt eine Prozesskette und betont die wichtige Rolle des Kunden, angefangen von den Erwartungen und Forderungen des Kunden bis zum Ergebnis der Wertschöpfungskette, welches einen zufriedenen Kunden zum Ziel definiert (Kamiske & Brauer, 2002, S. 59). Der Input muss den Anforderungen an den Kunden entsprechen, und muss kalkulierbar, gleichbleibend und messbar sein (Masing, 1994, S. 54). Prozessbeschreibung ist eine Darstellung „von innen heraus“, eine Aufzählung der verketteten Prozesse. Prozesse werden detailliert beschrieben, welche Aktivitäten notwendig sind, um Kundenzufriedenheit zu erzielen (Masing, 1994, S. 64). Um diese Kundenzufriedenheit zu erlangen ergänzt Behrens (2001, S. 92), dass es in erster Linie bei kundenbezogenen Prozessen, nicht nur die Forderungen, sondern auch die selbstverständlichen Erwartungen zu berücksichtigen sind. Kamiske und Brauer (1999, S. 154) fügen hinzu, Prozessmanagement nicht als Programm zur kurzfristigen Lösung von Problemen anzusehen, sondern vielmehr ein Umdenken bei der Betrachtung von Tätigkeiten, eine Orientierung auf Prozesse, aber auch auf Mitarbeiter und Kunden. Ziel

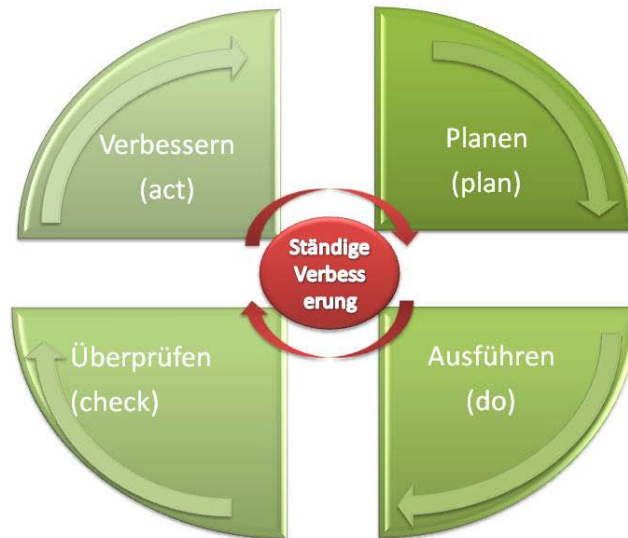
ist dabei eine ständige Qualitätsverbesserung. Abschließend verdeutlichen Kamiske und Brauer (1999, S. 154), dass Prozessmanagement die systematische und methodische Basis ist für die Einführung von Total Quality Management und die Ausrichtung eines Unternehmens auf Qualität. (vgl. TQM, Kapitel 3.5) Stauss (1995, S. 386) erweitert, dass jeder einzelne Dienstleistungsprozess detailliert zu erfassen, in abgrenzbare Sequenzen zu zergliedern und der Ablauf zu dokumentieren ist. Dabei ist es erforderlich, nicht nur den Prozess primär aus der Perspektive des Anbieters zu analysieren, sondern vielmehr aus der Kundenperspektive, damit auch die Phasen der Kundenkontaktpunkte (vgl. Kapitel 4.3.2, externe Qualitätsprüfung, d) Ereignisforschung)

### **3.4.1 PDCA-Zyklus nach Deming**

Dieser Ansatz geht auf den Amerikaner Deming zurück, der Prozessorientierung als Voraussetzung zur Steigerung von Qualität beschreibt. Kamiske und Brauer (1999, S. 281) verdeutlichen die Aussagen von Deming aus 1986 im Prinzip der ständigen Verbesserung und beschreiben es in einer diese Punkte folgendermaßen:

„5. Suche ständig nach den Ursachen von Problemen, um alle Systeme von Dienstleistungen sowie alle anderen Aktivitäten im Unternehmen beständig und immer wieder zu verbessern.“ (Kamiske & Brauer, 1999, S. 281)

Es ist wichtig, dass die ständige Verbesserung nicht nur als Methode betrachtet wird, sondern als prozessorientierte Denkweise zu sehen ist (Kamiske & Brauer, 1999, S. 281). Das Prinzip der ständigen Verbesserung darf nicht als Methode missverstanden werden, die man bei Bedarf ein- oder mehrmals auf ein Problem anwenden kann. Es ist vielmehr als ein ständiges Überwachen, um eine hohe Qualität zu gewährleisten (Hartmann et al., 2005, S. 48). Im Deming- Zyklus wird gemäß den Grundhaltungen von Deming davon ausgegangen, dass jeder Vorgang als Prozess (siehe in dieser Arbeit die Definition von Liebelt, 1994, und Masing, 1998, auf S. 42f) verstanden wird und schrittweise verbessert werden kann (Kamiske & Brauer, 1999, S. 284). Dieser Zyklus ist eine universell anwendbare Abfolge von Aktivitäten mit dem Ziel, etwas zu verbessern (Liebelt, 1998, S. 126). Folgende Schritte werden in Abbildung 13 graphisch dargestellt.



**Abbildung 13: Deming-Zyklus der ständigen Verbesserung (modifiziert nach Kaminske & Brauer, 1999, S. 294).**

Im ersten Schritt werden die wichtigsten Ergebnisse und Hindernisse offengelegt (plan) und überlegt, welche Änderungen erforderlich sind. Alle Daten die in der Planungsphase überlegt worden sind, werden im zweiten Schritt verwirklicht. Im dritten Schritt (check) sind die Auswirkungen der Änderungen zu beobachten und die Ergebnisse festzuhalten und zu überprüfen. Am Ende werden die Ergebnisse analysiert und noch eventuelle Verbesserungen gemacht (act). Neue Eingangsgrößen werden dann entsprechend beim nächsten Durchlauf des Zyklus beachtet und erweitert (Kamiske & Brauer, 1999, S. 285).

### **3.5 Total Quality Management**

TQM ist ein umfassendes, ganzheitliches Managementkonzept, das über QM-Systeme, die nach ISO 9000ff<sup>2</sup> aufgebaut sind, hinausgeht und das gesamte Unternehmensgeschehen erfasst (Hartl & Wernisch, 2006, S. 56). Das Konzept der Orientierung am internen und externen Kunden bildet die Basis für die Umsetzung und Durchführung von Total Quality Management (Kamiske & Brauer, 1999, S. 126). Es wird von der Philosophie ausgegangen, dass Führungskräfte und Mitarbeiter auf allen Unternehmensebenen gemeinsame Verantwortung für das Qualitätsmanagement übernehmen (Bruhn, 1996, S.

---

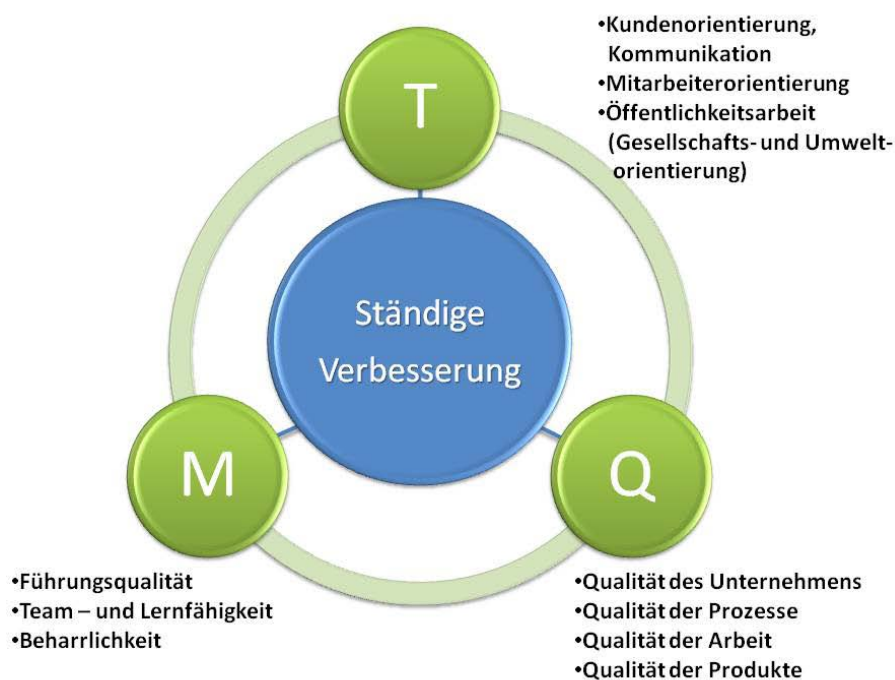
<sup>2</sup> Die Normenreihe der ISO( International Organization for Standarization) ISO 9000 wird in mehr als 154 Ländern als nationale Norm herausgegeben. Die Einführung eines QM-Systems nach den Normen ISO 9000ff geht von acht Prinzipien aus. Weiteres sind in ihr die Bedeutung von Prozessorientierung und das Prozessmodell der Normenreiche der ISO 9000ff enthalten (Hartl & Wernisch, 2006, S. 29f).

82). Dieses Konzept stellt die aufeinander abgestimmten Systeme zusammen. Von der Informationsbeschaffung bis zur Umsetzung der Aktivitäten der Organisation werden die Abläufe an den Erfordernissen der Adressatengruppe (Kunden/innen) ausgerichtet, kontrolliert und unter Einbeziehung der gesamten Mitarbeiter/innen der Organisation verbessert (Breuer & Erdtel, 2005, S. 166f). Ergänzend definiert Masing (1994, S.49), dass TQM als eine Geisteshaltung, eine Unternehmenskultur, nicht um ihrer selbst Willen, sondern um absolute Kundenzufriedenheit unter wirtschaftlichsten Bedingungen zu gewährleisten. Bruhn und Meffert (1997, S. 249) beschreiben TQM als Bausteine:

*Total:* die Einbeziehung aller an der Dienstleistung beteiligten Mitarbeiter, Kunden

*Quality:* konsequente Orientierung des Dienstleistungsprozesses an den Qualitätsforderungen sämtlicher internen und externen Kunden

*Management:* Die Übernahme einer Vorbildfunktion für die Dienstleistungsqualität mit einem partizipativ- kooperativen Führungsstil des Managements (Bruhn & Meffert, 1997, S. 249).



**Abbildung 14: Die drei wesentlichen Elemente des Total Quality Management (modifiziert nach Kamiske & Brauer, 1999, S. 312).**

Dieses Konzept beinhaltet sowohl die Führungsphilosophie und die Unternehmenskultur und stellt die Kundenzufriedenheit in den Mittelpunkt der Organisation (Bruhn & Meffert,

1997, S. 248). Einige Elemente dieser Qualitätsmanagementphilosophie sind nach (Kamiske & Brauer, 1999, S. 312; Bruhn & Meffert, 1997, S. 248f):

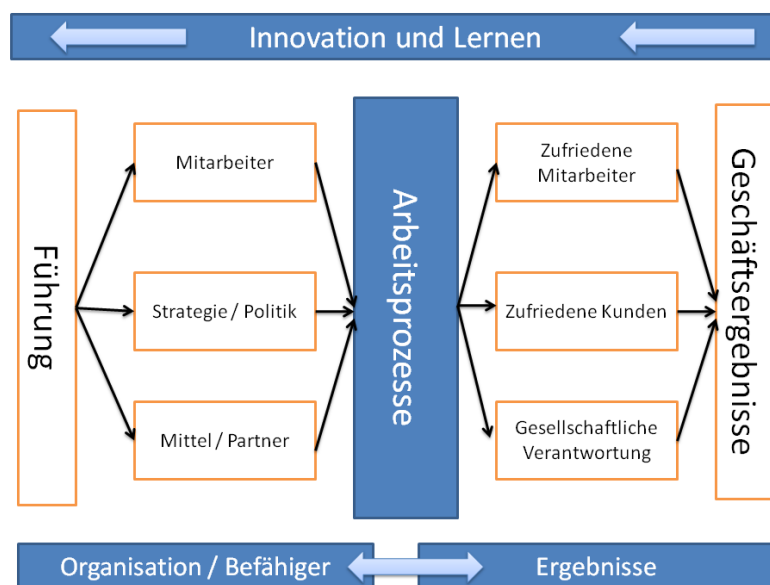
- Integration und Partizipation der Mitarbeiter aller Hierarchieebenen, z.B. durch Einführung von Qualitätszirkeln. (vgl. Kapitel 4.2.3.1 Qualitätszirkel)
- Qualität als Aufgabe der Mitarbeiter, nicht einer speziellen Abteilung.
- Orientierung an dem Kunden und an seinem Urteil, sowohl in Bezug auf externe als auch interne Kunden.
- Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter
- Erfüllung der Kundenwünsche als Maßstab für Qualität (vgl. Kapitel 3.3 Kundenorientierung)
- Ständige Verbesserung sämtlicher Prozesse als wichtige Grundlage für das Erreichen der Unternehmensziele (vgl. Kapitel 3.4 Prozessmanagement)

Bruhn (1996, S. 90) spricht davon, dass ein Qualitätsmanagement für Dienstleistungen den Anforderungen und den Besonderheiten entsprechend angepasst werden sollte. In der Literatur werden die Begriffe Qualitätsmanagement und TQM oft synonym verwendet, da inhaltliche Unterschiede kaum ersichtlich sind. In Dienstleistungsunternehmen wird TQM als ein umfassendes Ziel angesehen, wohingegen Qualitätsmanagement die konkrete Analyse, Planung, Organisation, Umsetzung und Kontrolle qualitätsbezogener Maßnahmen beinhaltet. In Anlehnung an die Total-Quality-Management Modelle von (Seghezzi 1996, Simon 1996, Zink 1995; in Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 39f) wird unter „*Kontinuierliche Verbesserung*“ eine ständige Verbesserung der Strukturen und Prozesse angesehen. Unter „*Nutzerorientierung / Kundenorientierung*“ sehen die Autoren in der Prävention die unterschiedlichen Ansprüche und Bedürfnisse der Adressaten zu identifizieren, insbesondere der Zielgruppe. Als „*umfassende Konzeption*“ wird beschrieben, dass Qualitätsmanagement nicht auf einzelne Aspekte bezogen wird, sondern gleichermaßen die Struktur, Prozess und Ergebnisqualität mit einbezieht. Qualitätsmanagement wird nicht nur für einen Aspekt angepasst, sondern es bezieht sich auf das Gesamtprogramm und bindet die Organisation mit ein (Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 39ff).

Zur Förderung und Anerkennung der Bemühungen um Qualität werden Qualitätsauszeichnungen (Quality Awards) geschaffen. Diese Auszeichnungen stellen eine Anerkennung für hervorragende Leistungen bei der Umsetzung umfassender Qualitätskonzepte im Sinne von Total Quality Management dar und sind mit erheblichem Prestige für das jeweilige Unternehmen verbunden (Kamiske & Brauer, 1999, S. 164ff). Gleichzeitig



dienen diese Beurteilungskriterien, nach denen die Bewerber begutachtet werden, als interner Leitfaden. Vor dem Hintergrund der verstärkten Qualitätsförderung in Japan und in den USA, wurde im Jahr 1992 erstmals eine europäische Qualitätsauszeichnung verliehen. Entwickelt wurde diese Auszeichnung von der European Foundation for Quality Management (EFQM). Der European Quality Award zeichnet solche Unternehmen aus, die besondere Anstrengungen auf dem Gebiet von Total Quality Management vorzuweisen haben. Für alle anderen Unternehmen soll dieser Award ein Ansporn sein, sich an diesen „Quality Leaders“ zu orientieren (Kamiske & Brauer, 1999, S. 173). Als Beispiel erwähnen Breuer und Erdtel (2005, S. 176) den Landessportbund Nordrhein- Westfalen, der das Qualitätsmodell der EFQM – eine Weiterentwicklung von TQM einsetzt. Nach Tiebel (2006, S. 21) wird ein EFQM-Modell von einer Profilermittlung des Unternehmens mithilfe einer 9-stufigen Grundstruktur erstellt (vgl. Abbildung 15). Ausgehend von dieser Grundstruktur wird ein ergebnisorientiertes Managementsystem für die Organisation erarbeitet. Es beruht auf der Annahme, dass Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, gesellschaftliche Verantwortung und ein positives Image durch ein Managementkonzept erreicht werden. Dieses Managementkonzept wird durch eine geeignete Mitarbeiterführung, eine spezielle Strategie, Politik und der Einsatz von Partnerschaften und Mittel eingesetzt, um zu erfolgreiche Geschäftsprozesse zu gelangen. Qualitätsmanagement wird in dieser Sportorganisation nicht auf einmal als Ganzes implementiert, sonder in unterschiedlichen Bereichen und Instrumentarien (Breuer & Erdtel, 2005, S. 176).



**Abbildung 15: EFQM- Modell des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen (modifiziert nach Breuer & Erdtel, 2005, S. 176).**



Breuer und Erdtel (2005, S. 177) betonen die Ansätze des Qualitätsmanagement als wichtige Beiträge zur Effektivitätssteigerung der Organisationen, doch waren sie davor, dass Qualitätsmanagement sorgfältig auf die jeweilige Organisation und deren Kultur abgestimmt werden sollte. Andernfalls kann der Einsatz der Qualitätsmanagement Strategien nicht zur geforderten Steigerung der Prozesse führen, sondern sogar kontraproduktiv wirken.

### **3.5.1 Ziele des Qualitätsmanagements**

TQM (Total Quality Management) hat nach Masing (1994, S. 46) zwei große Zielsetzungen, die sich gegenseitig bedingen:

- Steigerung der Kundenzufriedenheit und
- Kontinuierliche Verbesserung aller Leistungen und Tätigkeiten im Unternehmen.

Dabei beschreibt Masing (1994, S. 46), dass die kontinuierlichen Verbesserungen gleichermaßen auf die Steigerung der Kundenzufriedenheit, die Ergebnisverbesserung und die höhere Mitarbeitermotivation gerichtet sind. Unter Verbesserung im Sinne des TQM meint Masing (1994, S. 46): alle Beseitigungen von Fehlleistungen jeglicher Art, von unrationellen Arbeitsabläufen bis hin zu Behinderungen der Kommunikations- und Informationslücken. Der Prozess der ständigen Verbesserung ist auch unter dem Begriff „Kaizen“ bekannt geworden. Diese aus dem Japanischen stammende Bezeichnung steht für ein in vielen kleinen Schritten auf allen Ebenen systematisch betriebenes Verbesserungsmanagement.

## 4 Qualitätspolitik

Bruhn (2004, S. 191) beschreibt um einen optimalen Leistungserstellungsprozess in den unterschiedlichsten Phasen zu gewährleisten, wird der Einsatz von konkreter Instrumente des Qualitätsmanagements notwendig. In diesem Zusammenhang wird meistens von einem Regelkreis des Qualitätsmanagements gesprochen (Lehmann, 1995; in Bruhn 2004, S. 191). Kaminske und Brauer (1999, S.195) verdeutlichen die Wichtigkeit von Qualitätspolitik, die ein Teil von Qualitätsmanagement ist. Qualitätspolitik unterscheiden sie in Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsprüfung, Qualitätssicherung / Qualitätsmanagementdarlegung. Qualitätsinstrumente und Qualitätsmethoden sind unter dem Oberbegriff Qualitätstechniken zu verstehen die auf dem Gebiet Qualitätsmanagement eingesetzt werden. Eine eindeutige Trennung von Methoden und Instrumenten erscheint jedoch nicht immer möglich, da diese Begriffe auch synonym verwendet werden (Kamiske & Brauer, 1999, S. 203). Erst wenn alle beteiligten Instanzen im Gesundheitswesen, Kostenträger, Leistungserbringer, und Leistungsempfänger zu einem Konsens in der Qualitätspolitik gelangen, kann mit Hilfe eines speziellen Qualitätssystems, Qualitätssicherung betrieben werden. Das Ergebnis (Qualität) hat wiederum rückkoppelnden Einfluss auf alle Teilschritte, so dass Qualitätspolitik eher als dauerhafter Prozess, zu verstehen ist (Huber, 1999, S.10).

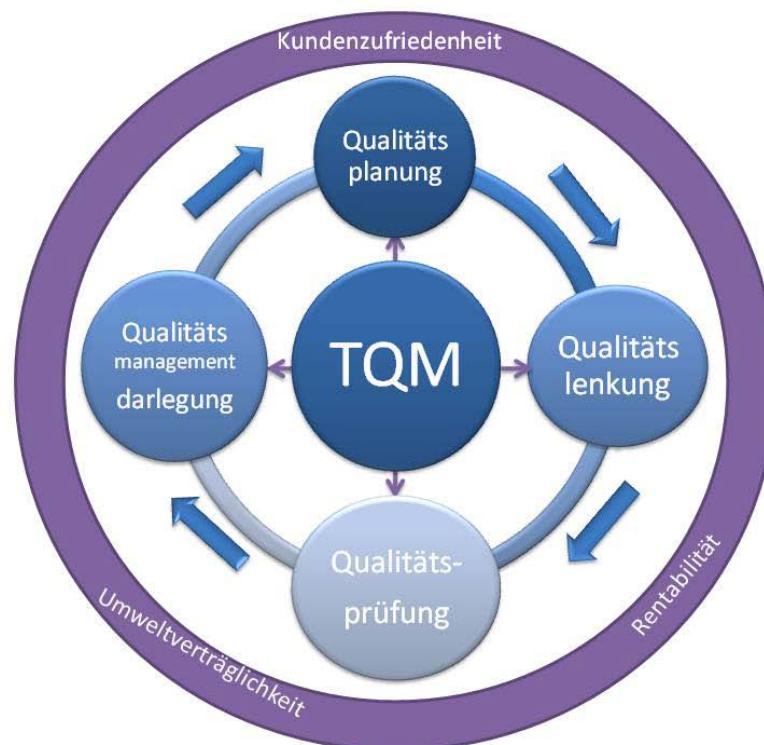


Abbildung 16: Phasen und Ziele eines Qualitätsmanagements (modifiziert nach Kamiske & Brauer, 1999, S. 198; Meffert & Bruhn, 1997, S. 257).

Die Abbildung 16 verdeutlicht die Phasen eines Qualitätsmanagement und nimmt zu den Zielen von Qualitätsmanagement Ausdruck. An diese Phasen orientieren sich die im folgenden Kapitel (4.1- 4.4) abgeleiteten Instrumente des Qualitätsmanagements. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Instrumenten die für Bewegungsangebote als relevant und anwendbar erscheinen.

#### **4.1 Qualitätsplanung**

Als Aufgabe der Qualitätsplanung können laut Bruhn (2004, S. 196) grundsätzlich folgende Tätigkeiten angeführt werden:

- Ermittlung der Kundenerwartung im Hinblick auf die Leistungsqualität
- Aufstellung von konkreten Qualitätszielen
- Entwicklung von Konzepten zu deren Verwirklichung

Es wird hierbei nicht die Qualität selbst geplant, sondern die Anforderungen an die Qualität festgelegt. Diese Anforderungen an die Dienstleistungsqualität aus Kunden- und Anbietersicht wird im Rahmen von Qualitätsplanung ermittelt (Meffert & Bruhn, 1997, S. 257).

#### **4.2 Qualitätslenkung**

Laut Meffert und Bruhn (1997, S. 258) basiert die Qualitätslenkung auf den Ergebnissen der Qualitätsplanung und beinhaltet alle Tätigkeiten, die zur Erfüllung der Anforderungen an die Dienstleistungsqualität aus Kundensicht erforderlich sind. In Bezug auf Bewegungsprogramme wird diesem Bereich der Qualitätslenkung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Nach Bruhn (2004, S. 212) lassen sich folgende Instrumentengruppen unterscheiden:

- Mitarbeiterbezogene Instrumente
- Kulturbezogene Instrumente
- Organisationsbezogene Instrumente

##### **4.2.1 Mitarbeiterbezogene Instrumente**

Da das Kundenkontaktpersonal des Dienstleisters in direktem Kontakt zu den Kunden steht, wird sein Verhalten von Kunden häufig als Qualitätsindikator herangezogen. Daher müssen im Rahmen der Qualitätslenkung personalpolitische Instrumente zur Steuerung des Mitarbeiterverhaltens eingesetzt werden. Große Bedeutung kommt der Schulung der Mitarbeiter zu, die dazu dienen, den Mitarbeitern psychosoziale Kompetenzen anzueignen. Zu diesen zählen nach Meffert und Bruhn (1997, S. 259):

- Erkennen verschiedenartiger Transaktionsabläufe in Interaktionsperioden während der Erstellung einer Dienstleistung,
- Aktive Gestaltung dieser Interaktionsperioden anhand der Erkenntnisse aus der Transaktionsanalyse,
- Begreifen der eigenen Grundeinstellung und der bevorzugten Rollen im Umgang mit Personen (Meffert & Bruhn, 1997, S. 259).

#### **4.2.2 Kulturbezogene Instrumente**

Die Verwirklichung der Qualitätsorientierung erfordert die Implementierung einer kunden- und serviceorientierten Unternehmenskultur, die von allen Mitarbeitern gelebt werden muss (Meffert & Bruhn, 1997, S. 259). Bruhn (2004, S. 222) ergänzt, dass eine Unternehmenskultur notwendig ist, damit sich ein System gemeinsamer Werte und Normen in Richtung stärkerer Kundenorientierung entwickelt werden kann.

#### **4.2.3 Organisationsbezogene Instrumente**

Die organisationsbezogenen Instrumente der Qualitätslenkung beziehen sich auf die Erfordernis gewisser aufbau- und ablauforganisatorischer Voraussetzungen eines Qualitätsdenkens im Unternehmen (Meffert & Bruhn, 1997, S. 260). Passend auf das Feld Dienstleistungen im Sport (Bewegungsangebote) wären Qualitätszirkel anzuwenden. Grundgedanke dieses aus der industriellen Fertigung stammenden Ansatzes ist es, das bisher weitgehend ungenutzte Problemlösungspotential der Mitarbeiter zu aktivieren (Meffert & Bruhn, 1997, S. 260).

##### **4.2.3.1 Qualitätszirkel**

Unter einem Qualitätszirkel verstehen Kamiske und Brauer (1999, S. 240) eine kleine Gruppe von ca. fünf bis zwölf Mitarbeitern, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich aufkommende Probleme freiwillig und selbständig zu bearbeiten. Die Sitzungen werden von einem Gruppenmitglied geführt und moderiert, und dauern etwa eine bis zwei Stunden. Für die Umsetzung der ausarbeiteten Lösungsvorschläge und auch die Kontrolle der Durchführung ist die Gruppe selbst verantwortlich. Qualitätszirkel sind auch ein wesentlicher Baustein des TQM anzusehen (Kamiske & Brauer, 1999, S.243). Oess (1991, S. 116) bezieht sich noch auf die Bedeutung der Verbesserung des Arbeitsplatzes durch Qualitätszirkel. Oess (1991) beschreibt einen Qualitätszirkel folgendermaßen:

„Ein Qualitätszirkel ist eine kleine Gruppe, die freiwillig Qualitätssicherung-Aktivitäten innerhalb des gleichen Arbeitsfelds betreibt, die kontinuierlich im Rahmen unternehmensumfassender Qualitäts-Sicherungs-Aktivitäten Entwicklung ihrer Mitglieder sowie Verbesserung und Sicherung der Qualität innerhalb des gemeinsamen Arbeitsbe-

reichs mit Hilfe von Qualitäts-Sicherungs-Aspekten unter Beteiligung aller ihrer Mitglieder.“ (Oess, 1991, S. 287)

Qualität soll von allen Mitarbeitern auf allen hierarchischen Ebenen geschaffen werden, nach dem Gedanke des TQM als umfassende Management-Philosophie. Es müssen immer Ziele vorgegeben werden, die erreichbar sind und Mitarbeiter wissen, wie diese Ziele auch erreicht werden können. Es sollte in jedem Fall eine Transparenz zwischen Ziele und erbrachte Leistung vorhanden sein (Meister, 1998, S. 48). Qualitätszirkel im Gesundheitsbereich stellen Elemente der direkten Beteiligung der Übungsleiter/innen dar. Qualitätszirkel nutzen das Wissen der Übungsleiter/innen, so können Fragen, Probleme und Aufgaben direkt erfasst und bearbeitet werden. Denn diese entstehen primär bei der Tätigkeit der Übungsleiter/innen: dem Bewegungsprogramm (Hartmann et al., 2005, S. 13). Im Bereich des Gesundheitssport berichtet Tiemann (2006, S. 280), dass das Instrument des Qualitätszirkel erstmals im Jahr 2001 durch den Deutschen Turnbund eingesetzt wurde. Es entstanden bundesweit 20 Modell-Qualitätszirkel für „Pluspunkt“ Übungsleiter (siehe Kapitel 7.2.1 Güte Siegel Pluspunkt-Gesundheit), die durch das Institut für Sportwissenschaft der Technischen Universität Darmstadt evaluiert wurden. Durch die positiven Ergebnisse dieser Studie begannen seitens des Deutschen Turnbundes und des Deutschen Sportbunds dauerhafte und bundesweite Qualitätszirkeln für Übungsleiter/innen im Gesundheitssport. Nach (Hartmann & Oppen, 2000; in Tiemann, 2006, S. 280f) sind folgende Zielsetzungen für die Arbeit eines Qualitätszirkel im Gesundheitssport relevant:

- Eine sichere Kommunikation zwischen Übungsleiter/innen, Verein und Verband.
- Bewusste Auseinandersetzung der Handlungen in der Übungspraxis.
- Übungsleiter/innen- Fortbildung im Sinne von Kompetenzschulung (vor allem Fach- und Sozialkompetenz).
- Entwicklung und Ausarbeitung neuer Programme beim Aufbau neuer Gruppen.
- Kooperation und Vernetzung mit anderen Feldern der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene.

### **4.3 Qualitätsprüfung**

So vielfältig wie die Verwendungsarten von Qualitätsinformationen, sind auch die vorgeschlagenen Messansätze. Der Sachverhalt des Messens bezeichnet das Feststellen von Ausprägungen festgelegter Merkmale eines Messobjekts aufgrund eines vorab vereinbarten Maßstabs (Nieschlag et al., 1988; in Hentschel, 1995, S. 352). Unter Qualitätsprüfung versteht Bruhn (2004, S. 238) inwiefern die Kundenanforderungen aus Unternehmenssicht erfüllt werden.

Aufgrund der Intangibilität oder Nichtgreifbarkeit von Dienstleistungen ist der Anteil an Eigenschaften, der Konsument/innen vor Kauf oder Gebrauch überprüfen kann, verhältnismäßig gering (Stauss, 1995, S. 382). Demnach ist durch geeignete Verfahren zu überprüfen, ob und inwieweit die Anforderungen an die Dienstleistungsqualität, in die Realität umgesetzt werden. Hierbei lassen sich in kundenorientierte Messverfahren (externe Qualitätsprüfung) und anbieterorientierte Messverfahren (interne Qualitätsprüfung) und die wettbewerbsorientierte Messverfahren (Benchmarking) unterscheiden. Die Zuordnung der einzelnen Verfahren kann jedoch nicht immer eindeutig vorgenommen werden, da auch Mischverfahren in der betrieblichen Praxis angewendet werden (Woratschek, 1999, S. 198). Für die Messung der Dienstleistungsqualität von Profit- oder Non-Profit Organisationen aus dem Sport gibt es in der Literatur keine Hinweise auf spezifische und besonders geeignete Methoden bzw. Methodenkombinationen. Dennoch erscheinen in der Literatur einige Methoden zur Messung von Dienstleistungsqualität als anwendbar (Bezold, 1996, S. 22).

In diesem Kapitel wird auf die interne und die externe Qualitätsprüfung näher eingegangen. Die wettbewerbsorientierte Sichtweise wird aufgrund der teilweise schwierigen Anwendbarkeit auf Sportorganisationen nur kurz erklärt aber nicht weiter behandelt. Auch im Bereich der Sportorganisationen werden diese drei Bereiche von Senn et al. (2005, S. 96-102) beschrieben die auf Sportorganisationen übertragen werden können.

#### **4.3.1 Interne Qualitätsprüfung**

Als relevante Prüfverfahren für Bewegungsangebote aus der Literatur lassen sich folgende Instrumente anwenden:

##### *a) Mitarbeiterbeobachtung:*

Im Rahmen der internen Qualitätsprüfung versteht man eine passive, beobachtende Teilnahme. Folgedessen werden Feedbackgespräche durchgeführt wobei Stärken und Schwächen offengelegt und besprochen werden (Bruhn, 2004, S.239f). Die Urteile der Kunden über das Qualitätsniveau einer spezifischen Dienstleistung sind abhängig von den fachlichen Qualifikationen, der Kompetenz und der Motivation der Mitarbeiter/innen. Zufriedene Mitarbeiter/innen verhalten sich häufig kundenorientierter als unzufriedene. Das Qualitätsniveau hängt nach Bruhn (2004, S. 240) entscheidend vom Verhalten der Mitarbeiter/innen ab. Zudem muss das Bewusstsein für qualitätsorientiertes Verhalten bei den Mitarbeitern geschärft werden (Woratschek, 1999, S. 196). Weiteres ergänzt Woratschek (1999, S. 197), dass die Mitarbeiterbeobachtung notwendig ist um ein anvisiertes Qualitätsniveau sicherzustellen. Darüber hinaus können in der Wahrnehmung der angebotenen Qualität zwischen Mitarbeitern und Kunden Diskrepanzen vorliegen.

#### *b) Externe Qualitätsmessung durch Mitarbeiterbefragung*

Mit diesem Verfahren kann die Erfüllung der externen Kundenanforderungen aus Mitarbeitersicht ermittelt werden. Die Mitarbeiter/innen bewerten dabei die eigenen Leistungen an die Kunden/innen, indem sie sich in die Perspektive des Kunden hinein versetzen (Perspektivenwechsel) und ein Eigenbild durch den Vergleich der Erwartungen an die eigenen Leistungen mit der Wahrnehmung der eigenen Leistungen bilden (Bruhn, 2004, S. 241f). Nach Senn et al. (2005, S. 99) erfolgt dies meist mittels eines Fragebogens, da diese Methode relativ einfach und leicht umsetzbar erscheint.

Neben der internen Qualitätsprüfung, ist es notwendig, die Meinung der Kunden/innen zu erfahren. Um die Bedürfnisse und Erwartungen der Kunden/innen zu erfahren, wird die externe Qualitätsprüfung angewendet.

#### **4.3.2 Externe Qualitätsprüfung**

Im Rahmen der externen Qualitätsprüfung geht es darum, die Erfüllung der Kundenanforderungen aus Sicht der Kunden zu überprüfen (Bruhn, 2004, S. 243). Dabei können die Ansätze zur Messung von Kundenerwartungen und –wahrnehmungen in Bezug auf die Qualität der Dienstleistungen genutzt werden. Die verschiedenen Methoden zur Messung von Dienstleistungsqualität lassen sich nach Haller (1995, S. 90) in unterschiedlichen Aspekten kategorisieren. Als Ansatzpunkte zur Systematisierung hat Haller (1995, S. 90f) die verschiedenen Qualitätsdefinitionen nach Garvin gewählt. Für diese Arbeit ist die Messung des kundenorientierten Qualitätsbegriffs als Bedeutsam zu erkennen. Auf Basis des kundenorientierten Qualitätsbegriffs erweitern Bruhn und Stauss (1995, S. 36) die Messung anhand subjektiver Kriterien in Einstellungsforschung, Zufriedenheitsforschung, Beschwerdeforschung, Ereignisforschung. Es werden alle Bereiche kurz erläutert wobei der Zufriedenheitsforschung mit dem SERQUAL- Ansatz größeren Wert gelegt wird. Der „Servqual“ Ansatz von Parasuraman/Zeithaml/Berry (vgl. Kapitel 2.2.1.3) ist typisch für die Logik der multiattributiven Vorgehensweise. Dieser Ansatz ist für Dienstleistungen besonders gut und gleichzeitig über alle Branchen anwendbar (Hentschel, 2002, S. 111f).

##### *a) Einstellungsforschung*

Bei der Erfassung qualitätsrelevanter Einstellungen werden Qualitätsmerkmale für Dienstleistungen definiert und vom Kunden nach der Wichtigkeit oder anderen Kriterien eingeschätzt. Für Dienstleistungsunternehmen ist es wichtig, regelmäßig umfassende Kundenbefragungen durchzuführen, um auch eine Kontrolle der Qualitätskriterien zu erfassen (Bruhn, 2004, S. 245). In der Praxis ist am stärksten die Kundenbefragung zu finden (Bruhn & Stauss, 1995, S. 36). Es stellt sich jedoch die Problematik hervor, dass die Einstellungsforschung die Emotionalität des Dienstleistungsprozesses kaum erfassen

kann, somit entwickelt sich eine Rationalisierung der Qualitätsurteile durch den Kunden (Bruhn & Stauss, 1995, S. 36).

*b) Zufriedenheitsforschung*

Die zufriedenheitsorientierte Qualitätsmessung definiert die Zufriedenheit mit einer Dienstleistung als Reaktion auf eine Diskrepanz zwischen erwarteter und tatsächlich erlebter Dienstleistungsqualität. Dieses Verfahren setzt voraus, dass der Kunde bereits Erfahrung mit der Dienstleistung verfügt (Meffert & Bruhn, 1997, S. 210). Als qualitätsrelevanten Zufriedenheitsmaß dienen bei einer getrennten Messung der Erwartungen bzw. der tatsächlichen Leistung die (positiven oder negativen) Diskrepanzen und bei einer direkten Erfragung der Abweichungen ein globales Zufriedenheitsmaß (Bruhn & Stauss, 1995, S. 37). Charakteristisch für den SERQUAL- Ansatz sind seine fünf Dimensionen der Servicequalität nach Parasuraman, Zeithaml und Berry, seine 22 Items, die Doppelskala und das mehrstufige Auswertungskonzept (Haller, 1995, S. 94). Die fünf Dimensionen der Dienstleistungsqualität sind bereits im Kapitel 2.2.1.3 bekannt und heißen Umfeld („tangibles“), Verlässlichkeit („reliability“), Einsatzbereitschaft („responsiveness“), Kompetenz („assurance“) und Einfühlvermögen („empathy“). Die Logik erfordert die Abstraktheit der Qualitätsdimensionen, eine Umsetzung in merkmalskonkrete Aussagen, denen ein Proband zustimmt oder die er ablehnen kann. Zur Messung der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität dient deshalb ein standardisierter Fragebogen, dessen 22 Items diese fünf Dimensionen repräsentieren. Dabei werden sowohl positiv als auch negativ formulierte Items verwendet, um auf diese Weise möglichen Verzerrungen durch einseitige Antworttendenzen oder Ermüdungseffekte vorzubeugen (Hentschel, 2002, S.129ff). Zu jedem Item werden zwei Aussagen in Form einer Doppelskala formuliert. Die Aussage „so sollte es sein“ ermittelt die Erwartungen des Kunden hinsichtlich der Dienstleistungsqualität, die Aussage „so ist es“ fragt nach der erlebten Qualität eines Leistungsprozesses in Bezug auf eine spezielle Dienstleistung. Auf einer 7er-Skala tragen die Kunden ihr Urteil von „stimme völlig zu“ (7) bis „lehne entschieden ab“ (1) ein (Meffert & Bruhn, 1997, S. 212). Die Differenz zwischen der markierten Ausprägung der „stimme völlig zu“ und der „lehne entschieden ab“ ergibt pro Item einen Wert zwischen -6 und +6. Je größer dieser Wert, desto höher ist die wahrgenommene Dienstleistungsqualität in Bezug auf dieses Item (Hentschel, 2002, S. 131). Um ein globales Qualitätsurteil zu erhalten, wird der Durchschnitt aller zu einer Dimension gehörenden Items berechnet und dann anschließend der Mittelwert sämtlicher Dimensionen ermittelt.

Eine Alternative zu der Doppelskala des SERQUAL- Modells ist die Bildung einer Einfachskala, die den Kunden auffordert, lediglich das Niveau der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität zu erfassen. Dadurch lässt sich der hohe Anspruch an die



Urteilsfähigkeit der Kunden<sup>3</sup>, ihre jeweiligen Erfahrungen mit verschiedenen Dimensionen der Dienstleistung nachträglich in eine Erwartungs- und Wahrnehmungskomponente zu zerlegen (Hentschel, 2002, S.130f).

#### *c) Beschwerdeforschung*

Im Zusammenhang mit der Ausrichtung an den Wünschen und Anforderungen der Kunden (vgl. Kapitel 3.3 Kundenorientierung) können unter Beschwerdemanagement die Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen verstanden werden, die von Kunden an ein Unternehmen als Beschwerde eintrifft (Kamiske & Brauer, 1999, S. 25). Ziel des Beschwerdemanagements ist es, die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen und damit die negativen Auswirkungen vom Kunden an das Unternehmen zu senken. Gleichzeitig werden wertvolle Informationen auf betriebliche Schwächen deutlich gemacht und können als Verbesserungspotenzial genutzt werden. (vgl. PDCA-Zyklus nach Deming, Kapitel 3.4.1) Bezold (1996, S. 149f) ergänzt, dass Beschwerden Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei den Kunden aufdecken und zu neuen Produktideen anregen. Weiteres verdeutlicht Bezold (1996, S. 149) den Zusammenhang zwischen Artikulation und Unzufriedenheit in Bezug auf Beschwerden und sieht den Vorteil eines gut funktionierenden Beschwerdemanagements in der Umsatz- und Gewinnwirkung, die sich aus der Wiederherstellung von Kundenzufriedenheit bzw. Verringerung von Unzufriedenheit ergeben.

#### *d) Ereignisforschung*

In der Ereignisforschung werden Messansätze eingesetzt, die sich auf Kundenereignisse bzw. -erlebnisse konzentrieren. Im Mittelpunkt des Ansatzes stehen die Informationen über qualitätsrelevante Erlebnisse die gesammelt werden können (Bruhn & Stauss, 1995, S. 38). Im Mittelpunkt steht die These, dass jede Situation, in der ein Kontakt zwischen Anbieter und Nachfrager entsteht, einen „*Augenblick der Wahrheit*“ darstellt. Da dieses Verfahren die Messung des Kontaktes zwischen dem Kunden und dem Dienstleistungspersonal im Vordergrund steht, wird es auch als Kontaktpunktanalyse bezeichnet (Bruhn & Stauss, 1995, S.38). Haller (1995, S. 124) ergänzt, dass dementsprechend die Qualitätswahrnehmung in hohem Maße während des Dienstleistungserstellungsprozesses

---

<sup>3</sup> Trotz der empirischen Fundierung des Modells und seiner grundsätzlichen Eignung zur Messung von Dienstleistungsqualität wurden in der Literatur mehrfach die theoretischen Grundlagen des Modells kritisiert. (Hentschel 1992)

ses in den Augenblicken der Wahrheit erfolgt. Denn häufig sind es die Verhaltensweisen des Personals, seine Verlässlichkeit, seine Hilfsbereitschaft, sein Einfühlungsvermögen und seine Kompetenz, die das Prozessverhalten der Kunden beeinflussen und deren Dienstleistungserleben entscheidend bestimmen (Stauss, 1995, S. 382f). Die Kundenkontaktanalyse kann auch als Form der Methode der kritischen Ereignisse erfolgen, bei der Kunden in mündlichen Befragungen nach positiven oder negativen Erlebnissen im Hinblick auf die Dienstleistung gefragt oder im Kontakt mit dem Dienstleistungspersonal beobachtet werden (Bruhn, 1995, S. 38). Als Ergebnis erhält man eine Auflistung der wichtigsten Ergebnisse sowie Ergebniskategorien, die wichtige Indikatoren für die Dienstleistungsqualität darstellen sowie genaue Hinweise auf die Qualitätsprobleme von Dienstleistungsunternehmen. Es ist zu erwähnen, dass zukünftig nicht nur Methoden der Befragung, sondern verstärkt auch Beobachtungsverfahren eingesetzt werden, um Hinweise über die Dienstleistungsqualität zu erhalten (Bruhn, 1995, S. 38).

Zusammenfassend kann man betonen, dass sich die Dienstleistungsqualität nicht von selbst einstellt, sondern es muss im Rahmen eines konsequenten Qualitätsmanagements geplant, implementiert und kontrolliert werden. Der Qualitätsmessung kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu, denn sie bildet sowohl die Schnittstelle zwischen den verschiedenen Aufgaben des Qualitätsmanagements als auch zwischen dem qualitätsproduzierenden Unternehmen und den qualitätswahrnehmenden Kunden (Hentschel, 1995, S. 356). Der Ausgangspunkt des Qualitätsmanagements von Sportdienstleistungen ist nach Woratschek (1999, S. 214) die Kundensicht. Daher sieht er es als unabdingbar, die Dienstleistungsqualität durch die externe Qualitätsprüfung zu messen.

#### ***4.3.2.1 Medien der externen Qualitätsprüfung in Sportorganisationen***

Die externe Qualitätsprüfung kann nach Senn, Senn, und Glanzmann (2005, S. 100 - 102) durch verschiedene Medien erfolgen:

*Vereinsheft:* In Publikationen wird dazu aufgefordert, Wünsche und Ideen an die Vereinsleitung zu melden. Dabei kann auch die Befragung bzw. Rückmeldung durch einen Wettbewerb (mit Preisen) verbunden sein, um dadurch die Motivation der Rückmeldung zu erhöhen. Durch dieses Medium kann der Bereich der Beschwerdeforschung sehr gut abgedeckt werden.

*Vereinswebsite:* Senn et al. (2005, S. 100) sehen die Möglichkeit eine externe Qualitätsprüfung mittels dem Medium: Internet / Website zu entwickeln. Die Autoren sprechen von einer eigenen Rubrik für „Wünsche und Anregungen“. Ein direkter Kontakt mittels E-Mail wäre auch von Vorteil. Durch die heutigen elektronischen Möglichkeiten sehen Senn et al.

(2005) die Beantwortung und auch die Auswertung eines elektronischen Fragebogens als machbar.

*Kundenbefragung im Training:* Nach Senn et al. (2005, S. 100) sollte in regelmäßigen Abständen gezielte Anregungen von den Teilnehmer/innen einer Sporteinheit eingeholt werden. Dazu zählt die oben beschriebene Ergebnisforschung (Kundenkontaktsanalyse) und auch die Zufriedenheitsforschung. Auch Senn et al. (2005) sehen die Trainer/innen als wichtigste und manchmal einzige persönliche Ansprechperson, die deshalb die Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer/innen kennen sollte.

#### **4.3.3 Benchmarking**

Neben der internen und externen Qualitätsprüfung gibt es die dritte Möglichkeit, die Qualität der Organisation einzuschätzen. Dieser Bereich wird in der Betriebswirtschaft Benchmarking bezeichnet. Benchmarking, ist nach Masing (1994, S. 62) ein Begriff aus der amerikanischen Industrie, und bedeutet soviel wie: sich an Festpunkten (=Benchmarks) zu messen. Diese Benchmarks sind durch die Besten der jeweiligen Branche gegeben und sie sollten auf dem aktuellsten Stand sein. Senn, Senn, und Glanzmann (2005, S. 102) sprechen von einem Vergleich zwischen den Sportorganisationen. Doch dieser Vergleich lässt sich außerhalb des Wettkampfsports schwer zu beschreiben, da im Wettkampfsport durch die Rangordnung Benchmarks leichter zu erkennen sind. Durch ein Beispiel von Senn et al. (2005) ist die Anwendung von Benchmarking im Gesundheitssport mit Vorsicht anzuwenden:

„Die Leiterin der Seniorinnengruppe weiß nicht, ob ihre Trainingsstunde besser oder schlechter ist, als diejenige ihrer Kollegin in der Nachbargemeinde. Auch die Qualität des Vereins (Umgang mit Mitarbeitenden, Marketing usw.) lässt sich damit nicht ohne weiteres überprüfen.“ (Senn et al., 2005, S.102)

Benchmarking für Sportorganisation kann nach Senn et al. (2005, S. 102) Weiterbildungen, Konferenzen, persönliche Kontakte und gegenseitige Trainingsbesuche beinhalten. Dabei werden Erfahrungen ausgetauscht und somit der Handlungsbedarf für die jeweilige Sportorganisation herausgefunden.

#### **4.4 Qualitätsmanagementdarlegung**

Schließlich ist am Ende des Kreislaufes die Qualitätsmanagementdarlegung zu betrachten. Dieses Kapitel wird in Qualitätsmanagementbuch und Qualitätsaudits eingeteilt.

„Unter Qualitätsmanagementdarlegung versteht man alle geplanten und systematischen Tätigkeiten, die innerhalb des Qualitätsmanagementsystems verwirklicht sind, und die wie erforderlich dargelegt werden, um ausreichendes Vertrauen zu schaffen, dass eine Einheit die Qualitätsforderung erfüllen wird.“ (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 1995b, S. 145; in Bruhn, 2004, S. 251f)

#### **4.4.1 Qualitätsmanagementhandbuch**

Oess (1991, S. 98) beschreibt, um effizient und wettbewerbsorientiert arbeiten zu können, sind Qualitätsmanagementsysteme nicht mehr wegzudenken. Dabei erwähnen (Oess, 1991, S.98; Meffert & Bruhn, 1997, S. 264) dass Qualitätsmanagementhandbücher, die für jedes Unternehmen spezifisch gestaltet und in einem Regelwerk niedergeschrieben sind:

- Genau festgelegte Qualitätsziele
- Qualitätspolitik
- Exakte Aufgaben- und Verantwortungsbereiche
- Hinweise über Rolle und Bedeutung von Dokumentation, Qualitätsprüfung, Audits, Qualitätskosten, Prüfmittelüberwachung und andere.

Nach Kamiske und Brauer (1999, S. 197) ist ein Qualitätsmanagementhandbuch (früher Qualitätssicherungssystem) eine Dokumentation eines Qualitätsmanagementsystems und gibt gleichzeitig die grundsätzliche Einstellung des Managements, sowie ihre Absichten und Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im Unternehmen wieder. Weiteres ergänzen Kamiske und Brauer (2002, S. 63), dass ein Handbuch für externe Zwecke dient: als Selbstdarstellung und als Kundeninformationen sowie auch für Werbung. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass unternehmensspezifisches Wissen und Firmengeheimnisse nicht veröffentlicht werden. Darüber hinaus dient das Qualitätsmanagementhandbuch oft als Vertragsgrundlage zwischen Kunden und Lieferanten sowie als Nachweis über ein bestehendes Qualitätsmanagementsystem einschließlich Art und Inhalt der getroffenen Maßnahmen. Bruhn (2004, S. 253) erwähnt, dass bei der Ausarbeitung eines Handbuches der gesamte Prozess des Dienstleistungsdesigns und der tatsächlichen Dienstleistungserstellung dargelegt werden. Dies umfasst die Dokumentation von Aufbau- und Ablaufstrukturen, Qualitätsanforderungen, Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten. Das Qualitätsmanagementhandbuch sollte sich sinnvollerweise in Aufbau und Inhalt an den einschlägigen Normen, als DIN EN ISO 9001 und 9004, orientieren. Das Qualitätsmanagementhandbuch sollte ständig aktualisiert werden, insbesondere die Verfahrens-, Arbeits- und Prüfanweisungen und es sollte jedem Mitarbeiter zur Verfügung stehen (Kamiske & Brauer, 1999, S. 198).

#### **4.4.2 Qualitätsaudits**

Im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung und die Aufdeckung von Schwachstellen in den verschiedensten Bereichen in einer Organisation werden sogenannte Qualitätsaudits durchgeführt, die entweder extern z.B. durch eine Unternehmensberatung, oder intern als

Qualitätsrevision ablaufen. Qualitätsaudits werden von Personen durchgeführt, die keine direkte Verantwortung in den zu auditierenden Bereichen haben (Bruhn, 2004, S. 256). Die Audits sind regelmäßig, d.h. halbjährlich oder zumindest einmal im Jahr durchzuführen, um kontinuierlich Dienstleistungsergebnisse in den einzelnen Bereichen zu erfassen und Abweichungsanalysen zu erstellen (Bruhn, 1996, S. 151). Bei einem internen Qualitätsaudits geht es darum, den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern, oder auch die Dokumentation der bisherigen Arbeit zu bewerten bzw. auch eine Transparenz herzustellen. Ohne den internen Überprüfungen kann kein Qualitätsmanagementsystem funktionieren, denn wenn die Ziele, Strukturen und Vorgaben eines Systems nie auf deren Vollständigkeit und Durchführbarkeit vergegenwärtigt werden, ist es nach Liebelt (1998, S. 52) wertlos, ein Qualitätsmanagement einzusetzen.

## **5 Bedeutung von körperlicher Aktivität im Alter**

Spirduso (1995, S.23f) beschreibt die unzähligen Möglichkeiten der Medizin, Wissenschaft und der Technologien um Infektionen, Krankheiten zu bekämpfen bzw. auch vorzubeugen. Der positive Rückschluss aus diesen Technologien ist, dass ein Teil der Bevölkerung länger leben kann. Den negative Aspekt beschreibt Spirduso (2005):

„...that the potential for suffering blindness, deafness, arthritis, osteoporosis, diabetes, hypertension, heart disease, incontinence, and physical frailty, and it many times becomes questionable whether life can be enjoyed fully under these morbid conditions that constrain activities so much“ (Spirduso, 2005, S. 24)

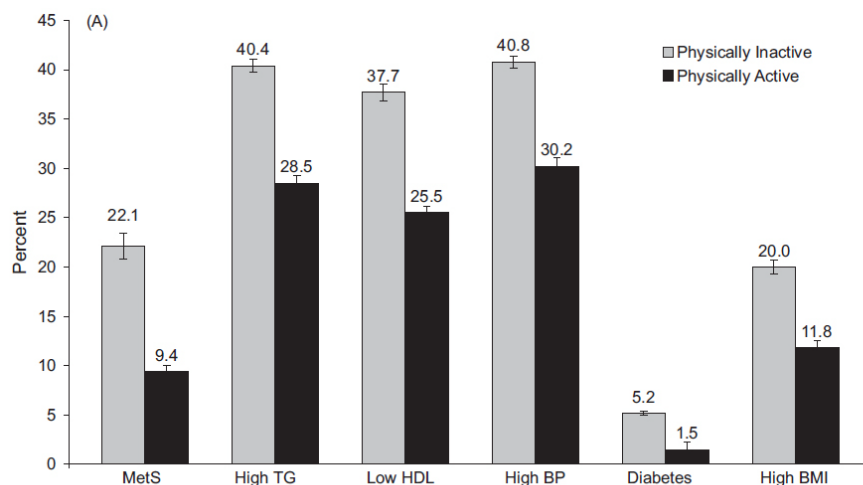
Auch in Österreich stieg in den letzten Jahrzehnten die Lebenserwartung in einem beachtlichen Tempo. Der Wert bei Frauen lag (2006) bei 82,7 Jahren immer noch deutlich über jener der Männer mit 77,1 Jahren (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S. 5).

„Gesundheit bedeutet für alle Menschen ein wichtiges persönliches Gut. Gesundheit bedeutet aber nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten, sondern wird auch von einer Vielzahl positiver Aspekte beeinflusst. Dazu zählt die Fähigkeit, sein Leben bewältigen zu können, psychisch ausgeglichen zu sein oder zufrieden stellende soziale Beziehungen zu pflegen. Die Bedeutung dieser Faktoren wird oft erst mit dem Auftreten von (chronischen) Krankheiten oder im höheren Lebensalter und den damit vermehrt auftretenden gesundheitlichen Problemen sowie Einschränkungen im Alltagsleben bewusst. Die WHO definierte bereits 1946 Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, S. 13)

Innerhalb der Wissenschaften besteht jedoch weitgehend Einigkeit, dass regelmäßige körperliche Aktivität eine entscheidende Rolle in der primären Prävention einnimmt. In zahlreichen Studien wurden signifikante Zusammenhänge zwischen sportlichen Aktivitäten und einzelnen Merkmalen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit nachgewiesen (z.B. Brehm et al., 2002; Röger, 2005; Woll, 2006; Fuchs 2003). Aus diesen Studien ist ersichtlich, dass sportliche Aktivitäten z.B. das Risiko von Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder Diabetes reduzieren und zusätzlich die Stimmungslage verbessern und die Lebensqualität erhöhen können. Brehm, Janke, Sygusch und Wagner (2006, S. 10f) ergänzen, dass Bewegungsmangel zu einem Risikofaktor für die Gesundheit werden kann, der weitere Risikofaktoren wie z.B. Bluthochdruck, erhöhte Blutzuckerwerte, Störung des Fettstoffwechsels, Übergewicht oder neuomuskuläre Dysbalancen mit sich zieht. Brehm, Sygusch und Tittlbach (2008, S.31) beschreiben, dass das vorrangige Ziel von gesundheitswirksamer körperlich-sportlicher Aktivität eine alltägliche Energiebalance zu erreichen ist. Das gleichzeitige Auftreten mehrerer Risikofaktoren wird als ein metabolisches Syndrom (MetS) bezeichnet (Brien & Katzmarzyk, 2006, S. 40). Aufschlussreich ist die Canadische Studie von Brien und Katzmarzyk (2006) die den Zusammenhang zwischen sportlich Aktiven und dem

metabolischen Syndrom untersucht haben und in der Abbildung 17 grafisch dargestellt wird. Untersucht wurden 6406 Männer in einem Durchschnittsalter von 39 Jahren und in dem Zeitraum von 1986 bis 1992. „Physical Activity“ wurde mit 30 Minuten / Woche (schwitzen bzw. starker Atmung) vorgegeben, diejenigen die diese Einheit nicht erreicht haben wurden als „Inactive“ eingeschlossen. Auch die Autoren begründeten die verhältnismäßig wenig sportliche Betätigung:

„...By using a threshold approach, it is possible that those deemed physically active might have only engaged in minimal amounts of physical activity.“ (Brein & Katzmarzyk, 2006, S. 41)



**Abbildung 17: Die Prävalenz des metabolischen Syndroms und die Anteile des Risikofaktors aufgeteilt in aktive Männer und nichtaktive Männer (Brein & Katzmarzyk, 2006, S. 41).**

Die Häufigkeit des metabolischen Syndroms und den Risikofaktoren waren bei den aktiven Männern weniger als bei den Inaktiven. 22,1% der Inaktiven hatten ein metabolisches Syndrom hingegen von 9,4 % der Aktiven. In Bezug der Risikofaktoren von metabolischen Syndrom von (hohen Triglycerid, niedrigem HDL Cholesterin und hohem Blutdruck) zeigten bei einen beachtlich hohen Wert von 38% bis 41% der inaktiven Männern. Kritisch anzumerken ist, dass die europäische Bevölkerung nicht identisch auf die kanadische Bevölkerung zu übertragen ist da auch andere Faktoren wie Kultur, soziale Ungleichheiten, Lebensweise usw. Berücksichtigung finden.

Erwähnenswert ist auch die Studie von Sesso, Paffenbarger und Lee (2000) die herausgefunden haben, dass ein höhere körperliche Aktivität (>4.200kJ/pro Woche) die stärkste Wirkung auf eine Reduzierung des Risikos einer koronaren Herzkrankheit hat.

“A physical activity level of 4200kJ/wk is consistent with the Surgeon General’s recommendation and can be attained by performing activities such as brisk walking, recreational cycling and swimming, home repair, and yard work for 30 min/d on most days of the week. In particular, men aged 60 years who expended 4200 kJ/wk may have smaller increases in CHD risk in the presence of coronary risk factors. In addi-

tion, there was a nonsignificant 10% reduction in men expending 2100 to 4199 kJ/wk.”  
(Sesso, Pfaffenbarger & Lee, 2000, S. 979)

Nach Bässler (1997, S.27) nimmt die Regelmäßigkeit von Sportaktivitäten im Alter stark ab und bei Frauen stärker als bei Männern. Diese Aussage bestätigt das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004, S. 24) im Rahmen eines Mikrozensus-Sonderprogramms 1999 „Fragen zur Gesundheit“ von Statistik Austria. Bei der Frage „körperliche Aktivität Sport/Bewegung zur Erhaltung der Gesundheit bzw. Vorbeugung gegen Krankheiten“ wurden folgende Ergebnisse gezeigt:

„Der Anteil der regelmäßigen Sportbetätigung ist bei Männern höher als bei den Frauen, wobei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Bevölkerung in der zweiten Hälfte des Erwerbsalters (45 bis 64 Jahre) deutlich geringer sind als bei der jüngeren und vor allem bei der älteren Bevölkerungsschicht, die - vorwiegend auf Grund der mit höherem Alter verbundenen stärkeren Belastung durch Krankheiten und Behinderungen – generell deutlich weniger Sport betreibt: Bei den über 64-jährigen Frauen ist der Anteil der Sport und Bewegung betreibenden Personen der weitaus geringste von allen betrachteten Bevölkerungsschichten“ (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S. 24)

Dennoch bestätigt Fuchs (2003, S. 84) die Bedeutung von Sport und Bewegung im Alter. Selbst bei Hochbetagten, die noch nie oder schon lange nicht sportlich aktiv waren, lassen sich durch gut angepasste Bewegungsprogramme deutliche Verbesserungen auf der Ebene des Herzkreislaufsystems sowie des Bewegungs- und Stützapparates erzielen (Baumann, 1992; in Fuchs, 2003, S. 84).

Kardiovaskuläre Krankheiten, allen voran Herzinfarkt und Schlaganfall, sind die hauptsächliche Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 1998, S. 48; in Fuchs, 2003, S. 80) Ebenfalls lässt sich diese Aussage für Österreich bestätigen. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen hat 2004 einen Gesundheitsbericht in dem Zeitraum von 1992- 2001 verfasst und die häufigsten Todesursachen aufgelistet.

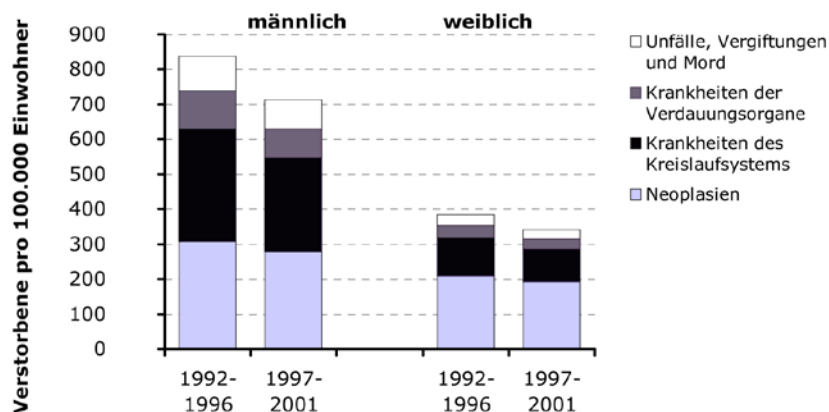


Abbildung 18: Häufigste Todesursachen der 45- bis 64-Jährigen in den Perioden 1992-1996 und 1997-2001 nach Geschlecht getrennt. Volkszählungen 1991 und 2001; Todesursachenstatistik 1992 -2001 (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S.12).



Die Abbildung 18 verdeutlicht die häufigste Todesursache in der Altersgruppe der 45 bis 64 jährigen Männern. An erster Stelle der Männer sind Herz-/Kreislauferkrankungen und Neoplasien an erster Stelle bei Frauen. In dieser Altersgruppe ist die Sterblichkeit der Männer mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen. Ebenso wie in der Gruppe der unter 45-Jährigen zeigt sich auch ein rückläufiger Trend im Vergleich der Perioden 1992-1996 und 1997-2001. Auch in der Altersgruppe der über 64 jährigen dominieren bei Männern und Frauen die Herz-/ Kreislauferkrankungen gefolgt von Krebserkrankungen. Generell lässt sich sagen, dass der Anteil durch Krebs und Herz-/Kreislauferkrankungen bedingter Todesfälle zu und der Anteil tödlicher Verletzungen ab nimmt (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S.11-13).

Nach Fuchs (2003, S. 81) besteht ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen. Dennoch ist es notwendig die Beziehung der körperlichen Aktivität zu Herzinfarkt und Schlaganfall getrennt zu beachten, da hinsichtlich des Schlaganfalls, keine lineare Beziehung zwischen dem Niveau körperlicher Aktivität und dem Risiko eines Schlaganfalls nachweisen ließ. Hingegen lassen sich durch Studien das Niveau der körperlichen Aktivität und dem Herzinfarkt-Risiko eine enge Beziehung beschreiben (Fuchs, 2003, S. 81).

„In der Meta-Analyse von Berlin und Colditz (1990) wurde bereits Anfang der 90er Jahre festgestellt, dass die Gruppe der körperlich inaktivsten Personen ein um 80% höheres Risiko hat, an einem Herzinfarkt zu sterben, als die Gruppe der körperlich aktivsten. Als gesichert gilt auch die Existenz einer klaren Dosis-Effekt-Beziehung zwischen körperlicher Aktivität und Herzinfarktrisiko.“ (Fuchs, 2003, S.81)

### **5.1 Alter und Altern: Definitionen**

Die Wissenschaft, die sich mit dem Altern befasst, wird Gerontologie genannt. Genauer beschäftigt sich diese Wissenschaftsdisziplin:

„Mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alterskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen“ (Baltes & Baltes, 1992, S. 8)

Diese Definition macht die unterschiedlichen Perspektiven, aus denen das Altern bzw. Alter betrachtet werden kann, deutlich, die sich auch in den folgenden Begriffsbestimmungen von „Alter“ und „Altern“ widerspiegeln (Röger, 2005, S. 21). Laut Weineck (2000, S. 418) sind fünf Arten des Alters – das kalendarische, biologische, das psychologische, das soziale sowie die Ermittlung des funktionalen Alters zu unterscheiden. Das kalendarische oder chronologische Alter liefert im Sinne einer numerischen Skala des Geburtsdatums einen allgemeinen Informationsrahmen. Das biologische oder individuelle Alter, wird als Alter bezeichnet, welches ein Organismus aufgrund der biologischen Beschaffungen vorweist (Birren, 1974, S. 24; in Weineck, 2000, S. 418).

Spirduso (1995) definiert das biologische Alter:

„In this sense, biological aging refers to the organism as a whole. Biological aging can only be inferred from measurements of variables that represent physical and mental functions.“ (Spirduso, 1995, 46)

Das psychologische Alter bezieht sich auf das individuelle Anpassungsvermögen, auf subjektive Reaktionen und auf das Selbstbild von Einzelpersonen (Birren, 1974, S. 24; in Weineck, 2000, S. 418). Das soziale oder soziologische Alter wird von der Gesellschaftsstruktur bestimmt. Die Ermittlung des funktionalen Alters verbindet biologisches, psychologisches und soziales Alter zu verbinden und so das „echte“ Alter zu bestimmen (Weineck, 2000, S. 418). Hingegen hat der Begriff „Altern“ weniger Zustands- als vielmehr Prozess-Charakter. Es werden die Untersuchungen von Prozessen und Mechanismus die zum Alter führen in den Mittelpunkt gerückt (Baltes et al., 1992, S. 9; in Röger, 2005, S. 22). Nach der Geistes-, Sozial – und Verhaltenswissenschaftlicher Sicht beschreiben Baltes und Baltes (1992, S. 10), dass Alter und Altern keinesfalls nur durch Abbauprozesse des menschlichen Verhalten (Denken, Fühlen, Handeln) gekennzeichnet ist. Nach dieser Sichtweise können biologische Funktionen abgebaut werden dennoch bestimmtes Wissen- und Handlungen wachstumsartige, positive Aspekte beinhalten.

„Das zentrale Argument lautet, dass die Kraft des Wissens, der Einfluss der Kultur einschließlich ihrer technologischen Aspekte, ausgeprägter wirksam sein können als die Kraft der Biologie.“ (Baltes & Baltes, 1992, S. 11)

Röger (2005, S.23) beschreibt einen solchen Alternsbegriff als eine weit verbreitete Festlegung des Eintritts in das Alter mit Beginn der Pension und dem damit einhergehenden Verlust der Berufsrolle. Die Verwitwung könnte ein weiteres Kriterium für den Alterseintritt im sozialen Sinne darstellen. Dass sich die Verwendung solcher Abgrenzungskriterien ebenfalls problematisch darstellt, soll am Beispiel der Pension verdeutlicht werden:

„Während die eine Person mit 50 Jahren bereits in Pension geht, steigt eine andere womöglich erst mit 70 Jahren aus dem Berufsleben aus. Dass diese Personen im biologischen oder psychologischen Sinn sehr unterschiedliche Voraussetzungen besitzen könne, muss an dieser Stelle kaum noch erwähnt werden. Daraus kann man ableiten, dass eine Person, die im Sinne einer kalendarischen Festlegung des Alters beispielsweise mit 60 Jahren bereits in den Bereich der „Alten“ eingetreten ist, kann – in Anlehnung an die biologische Definition – hinsichtlich ihrer motorischen Leistungsfähigkeit im Bereich der Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Schnelligkeit und Koordination möglicherweise noch lange nicht zu den „Alten „ gehören. Möglicherweise kann dieser Mensch bereits pensioniert sein und demzufolge – in Anlehnung an die soziale Definition – seinem Verhaltens und Lebensstils nach wiederum zu den „Alten“ gehören.“ (Röger, 2005, S.23)

Weitere Unterschiede können sich gemäß der psychologischen Definition außerdem in Bezug auf die Lebenseinstellung, das Wohlbefinden oder auch unterschiedliche Motive und Wünsche betreffend ergeben. Ob sich dieser Mensch selbst als „alt“ bezeichnen

würde im Sinne eines „subjektiven Alters“ ist ein weiterer Aspekt (Röger, 2005, S. 23). Tews (1993, S. 16; in Röger, 2005, S.23) unterteilt im kalendarischen oder chronologischen Sinne. Tews unterteilt zwischen den „jungen Alten“ und den „alten Alten“ sowie den „Hochaltrigen“ und den „Langlebigen“. Danach zählt man die „jungen Alten“ von ungefähr 55 oder 60 Jahren bis hin zu 70 oder 75 Jahren, die „alten Alten“ von 70 oder 75 Jahren bis hin zu 80 bzw. 85 Jahren, und danach die Hochaltrigen bis 95 oder 100 Jahren. Kolb (1999, S. 42) ergänzt, die über 100 jährigen werden meist als Langlebige bezeichnet. Solche Unterschiede sind im Rahmen der Zielgruppenfestlegung und auch Programmkonzipierung von Bewegungsprogrammen für Senioren – ganz besonders im Sportbereich zu berücksichtigen (Röger, 2005, S. 23).

## **5.2 Klassifikation der Altersabschnitte nach dem Sportalter**

Auch im Sport versucht man die sportliche Fähigkeit durch das kalendarische Alter in Altersklassen zu definieren (Meusel, 1980, S. 16). Einzelne Entwicklungsphasen des Erwachsenenalters wird eine bestimmte sportmotorische Leistungsfähigkeit zugeordnet. Doch diese Einteilung solcher „Sportalter“ kann durch die individuelle Leistungsfähigkeit nur als eine Orientierungshilfe angesehen werden (Weineck, 2000, S. 428).

Winter (1977, S. 382; in Weineck, 2000, S. 428) unterteilt in das frühe, mittlere, spätere und späte Erwachsenenalter.

- Das *frühe Erwachsenenalter* umfasst den Zeitraum von 18/20 bis 30 Jahren. Dieser Zeitraum wird für die relative Erhaltung der motorischen Leistungsfähigkeit angesehen. Leistungseinbußen vor allem im Bereich der Schnelligkeit feststellbar.
- Das *mittlere Erwachsenenalter* von 30 bis 45/50 Lebensjahr. Dieser beinhaltet den Zeitraum der allmählichen motorischen Leistungsminderung. Bei Nicht-Trainierten ist besonders im koordinativen Bereich, aber auch im Schnelligkeits- und Ausdauerbereich eine Leistungsminimierung beobachtbar (Winter, 1977, S. 399f; in Meusel, 1980, S. 16; Weineck, 2000, S. 428).
- Das *spätere Erwachsenenalter* umfasst den Abschnitt zwischen 45/50 und 60/7. In diesem Bereich werden starke motorische Leistungsminderungen deutlich. Schnelligkeits, Kraft- und Ausdauerleistungen nehmen bei sportlich Untätigen deutlich ab und erreichen ein sehr niedriges Niveau. Dieser Leistungsabfall ist auch bei sportlich Aktiven festzustellen (Winter, 1977, S. 399f; in Meusel, 1980, S. 16; Weineck, 2000, S. 428).
- Das *späte Erwachsenenalter*, liegt bei etwa 60/70 und ist gekennzeichnet durch eine verstärkte motorische Involution. Deutliche Einbußen der gesamten Motorik (Winter, 1977, S. 399f; in Meusel, 1980, S. 16; Weineck, 2000, S. 428).

### **5.3 Bildung im Alter**

Die Bildung im Alter gewinnt einen immer höheren Stellenwert. Bildung ist ein entscheidender Faktor in der gesellschaftlichen Entwicklung (Kolland, 2005, S. 3). Lernen muss zu einer Aktivität werden, die sich stärker an der Lebenswelt der älteren Menschen orientiert bzw. handlungsbezogen stattfindet. Für die Bildung stellen sich dort neue Aufgaben, wo es um Probleme der Selbstregulation in Entwicklungsprozessen geht (Schäffer, 2003; in Kolland, 2005, S. 7). Mayer (1992, S. 526) versteht unter Bildung eine Ausbildung von Fähigkeiten zur Integration zur gesellschaftlichen Kultur, als Voraussetzung der Erbringung von Sinn- und Orientierungsleistungen und der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und der Geschichte. Mayer (1992, S. 524) beschreibt diese Ansicht von Bildung als einen Kontrast zu der Vorstellung von „Bildung“ als eine Vermittlung praktisch verwertbaren Wissen im Sinne der Ausbildung und der Qualifikation.

„Schließlich sind die Ideen des lebenslangen Lernens und der Bildung im Alter eng mit der Vorstellung der Kompensation durch Kultur verbunden. Einerseits lasse das Tempo des sozialen und technischen Wandels ältere Menschen ungleichzeitig zu ihrer Gegenwart werden, und Bildung im Alter müsse kompensatorisch solchen Desorientierungen begegnen.“ (Lübbe, 1977, S. 326-327; in Mayer, 1992, S. 526)

Die zunehmende Abhängigkeit älterer Menschen von sozialen Dienstleistungen, die von nichtfamiliären Institutionen erwartet werden, stellt die Gesellschaft vor neue Aufgaben (Kolland, 2005, S. 8). Kolland (2005, S. 8) verstärkt nochmals die Aussage von Mayer (1992), dass Bildung über eine Qualifizierung hinaus geht. Bildung ist nicht die Aneignung von Wissen um ein Zertifikat zu erlangen, sondern den älteren Menschen eine Stärkung des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung zu ermöglichen.

„Das Hauptziel wäre nicht Anpassung, Integration und Rückschau, sondern die Auseinandersetzung mit Gegenwart und Zukunft.“ (Kolland, 2005, S. 8)

In Österreich wird Erwachsenenbildung von vielen Institutionen angeboten. Einen einheitlichen Überblick und aktuelle Statistiken lassen sich nur von den Volkshochschulen und den Universitäten entnehmen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), 2000, S. 140). Die Institutionen sind z.B. kommerzielle private Weiterbildungseinrichtungen, gemeinnützige private Einrichtungen, Weiterbildung durch Schulen und Universitäten. In diesen Institutionen der Erwachsenenbildung steht ein vielfältiges und umfangreiches Bildungsangebot, das meist generationsübergreifend angelegt ist (Stadt Wien, 2007, S. 80f). Im Hinblick auf seniorenspezifische Erwachsenenbildung, angeboten von Bildungshäusern über Volkshochschulen bis zu den Universität berichtet das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2000, S.122), dass relativ wenig Veranstaltungen angeboten werden. Den Grund sieht das BMAK dabei, dass die meisten Bildungsanbieter Bildung als Bildung für alle Menschen sehen und keine Abgrenzung zwischen Jüngeren und Älteren vornimmt. Im

Rahmen der Studie von Kolland (2005, S.17) wurden die Leiter/innen der Bildungsangebote für ältere Menschen in Österreich befragt. Es wurden Bildungsorganisationen, Hilfsorganisationen, Kirchen, Kommunen sowie Vereinen zu den angebotenen Kursen analysiert. Die häufigsten Themen in der Altenbildung waren (Gedächtnistraining mit Bewegung) mit 19,5 %, gleich gefolgt (Bewegung) mit 18,2 % der Nennungen.

In Deutschland werden vom Deutschen Turnerbund im Bereich der Erwachsenenbildung und Bewegung zwei spezielle Schulungen angeboten. „Ältere für Ältere“ und „Bewegungsangebote für Hochaltrige“. Es sind keine Ausbildungen mit einer Lizenz, sondern orientieren sich an den Kompetenzen einzelner oder eines Teams, das sportpraktische Angebot für ältere Mitglieder in Turn- und Sportvereinen noch stärker um soziale, kulturelle und Bildungsangebote zu erweitern. Dabei können die Fähigkeiten, Kenntnisse der eigenen Generationen in der Zusammenarbeit mit dem/der Übungsleiter/in eingesetzt werden (Schaller, 2003, S. 276f).

Die Vielzahl der Bildungseinrichtungen in Österreich verdeutlicht Abbildung 19. Durch die unterschiedlichsten Einrichtungen kann nur ein Überblick gegeben werden und beruht auf eigenen Recherchen und kann nicht auf deren Vollständigkeit gewährt werden. In Bezug auf Erwachsenenbildungsangebote mit dem Inhalt von körperlicher Beanspruchung wird in aller Kürze auf das Projekt SelbA und auf das Projekt Lima genauer eingegangen. Diese beiden Erwachsenenbildungsangebote des katholischen Bildungswerk Linz und Wien haben für die Leitung einer Gruppe eine eigene Ausbildung für die Übungsleiter/innen konzipiert. Diese Ausbildungsmöglichkeiten werden prägnant zusammengefasst.

Erwachsenenbildung / Plattformen			
Beschreibung	Projekt / Beschreibung	Reichweite	Beschreibung
<b>Kirchliche Einrichtungen</b>			
Katholisches Bildungswerk Wien / LIMA	LIMA	Wien	Katholisches Bildungswerk Wien office @bildungswerk.at www. bildungswerk.at
Katholisches Bildungswerk Linz	SelbA- Selbständig im Alter	Oberösterreich	Katholisches Bildungswerk der Diözese Linz www.selba-oe.at
Forum Katholisches Bildungswerk	Allgemeine Information	Österreich	<a href="http://www.bildungswerk.at">www.bildungswerk.at</a>
<b>Politische Verbände</b>			
Wiener Seniorenbund	Allgemeine Information	Wien	<a href="http://www.a5zig.at">www.a5zig.at</a>
Wiener Seniorenring	Allgemeine Information	Wien	<a href="http://www.wsr.co.at">www.wsr.co.at</a>
Pensionistenverband Österreichs	Allgemeine Information	Österreichweit	<a href="http://www.pvoe.at">www.pvoe.at</a>
Initiative Gründe Senior/innen	Allgemeine Information	Österreichweit	<a href="http://seniorinnen.gruene.at/wien/">http://seniorinnen.gruene.at/wien/</a>
Zentralverband der Pensionisten	Allgemeine Information	Österreichweit	
<b>Bildungsorganisationen und -verbände</b>			
GEFAS Steiermark - Akademie für Generationen	Akademie für Generationen	Steiermark	<a href="http://www.generation.at">www.generation.at</a>
Steirisches Volksbildungswerk	Lehrgänge, Seminare	Steiermark	<a href="http://www.volksbildung.at">www.volksbildung.at</a>
Bildungsnetzwerk Steiermark	Koordinationsstelle der steirischen Erwachsenenbildung	Steiermark	<a href="http://www.bildungsnetzwerk-stmk.at">www.bildungsnetzwerk-stmk.at</a>
Forum Erwachsenenbildung Niederösterreich	Förderung, Entwicklung und Positionierung der Erwachsenenbildung	Niederösterreich	<a href="http://www.fen.at">www.fen.at</a>
Salzburger Bildungswerk	Plattform der Erwachsenenbildung	Salzburg	<a href="http://www.salzburgerbildungswerk.at">www.salzburgerbildungswerk.at</a>
Senioren Lernen Anders	Lebenslangen Lernen unter Nutzung des Internets	Österreichweit	<a href="http://www.senioren-lernen-online.de">www.senioren-lernen-online.de</a>
Seniorenakademie Oberösterreich	Seniorenakademie Oberösterreich	Oberösterreich	<a href="http://www.seniorenakademie.at">www.seniorenakademie.at</a>
Ländliches Fortbildungsinstitut	Bildung für Leben und Beruf im Ländlichen Raum	Österreichweit	<a href="http://www.lfi.at">www.lfi.at</a>
Bundesinstitut für Erwachsenenbildung	Ist eine Einrichtung des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur	Österreichweit	<a href="http://www.bifeb.at">www.bifeb.at</a>
Verband österreichischer Volkshochschulen	Erwachsenenbildung	Österreichweit	<a href="http://www.vhs.or.at">www.vhs.or.at</a>
ARGE Bildungshäuser Österreich	Netzwerk von Bildungshäusern	Österreichweit	<a href="http://www.arge-bildungshaeuser.at">www.arge-bildungshaeuser.at</a>
Rotes Kreuz	Ausbildungen / Fortbildung	Wien	<a href="http://www.w.rotekreuz.at">www.w.rotekreuz.at</a>
Paseo	Aufbau von 'Policy Capacities' zur Gesundheitsförderung durch Bewegung bei inaktiven älteren Menschen	International	<a href="http://www.paseonet.org">www.paseonet.org</a>
<b>Internetseiten:</b>			
Training.at	<a href="http://www.training.at">www.training.at</a>	Seniorweb.at	<a href="http://www.seniorweb.at">www.seniorweb.at</a>
Seniorkom	<a href="http://www.seniorkom.at">www.seniorkom.at</a>	NETclub 50+	<a href="http://www.netclub.at">www.netclub.at</a>
Netzwerk für Bildungsberater/innen	<a href="http://www.bib-infonet.at">www.bib-infonet.at</a>		

Abbildung 19: Institutionen von Erwachsenenbildung (eigene Recherche).

Das Katholische Bildungswerk Linz ist eine gesetzlich anerkannte, öffentliche Einrichtung der allgemeinen Erwachsenenbildung in Österreich (Kolland, 2009, S. 18). Die SelbA-TrainerInnenausbildung baut auf dem Sima-Trainingsprogramm auf und ist auf einem ganzheitlichen Ansatz für mehr Lebensqualität im Alter organisiert. In acht themenspezifische Module mit 74 Einheiten wird der Grundlehrgang gestaltet. Dieser Grundlehrgang basiert auf einem 3 Säulen Trainingsprogramm (Gedächtnistraining- Psychomotorisches Training und Kompetenztraining). Aufbauend zu dem Grundlehrgang ist ein selbstorganisiertes Praxisjahr mit 30 Einheiten zu je 1,5 -2 Stunden geplant. Nach diesem Jahr bekommt man das Zertifikat zum/r SelbA-Trainer/in (SelbA-Kompetenz-Center, 2010, S. 1ff). Das Projekt von „LIMA- Lebensqualität im Alter“ ist eine staatlich anerkannte öffentliche Einrichtung der Erwachsenenbildung der Erzdiözese Wien. Es ist ein Bildungsangebot, das sich vorrangig an Personen ab einem Alter von 55 Jahren richtet. Die Grundidee für die Entwicklung von LIMA basiert auf dem Projekt „Selbständig im Alter“ welches an der Universität Erlangen entwickelt wurde, und Gedächtnistraining, Bewegungstraining, Kompetenztraining sowie Sinn- und Lebensfragen beinhaltet (Kolland, 2009, S. 12). Vorrangiges Ziel von LIMA beschreibt Kolland (2009, S. 13) ist, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung von Senioren/innen länger zu erhalten und dadurch die Lebensqualität zu erhöhen.

#### ***5.4 Epidemiologie der Sportaktivität im Alter***

Ältere Menschen werden in Zukunft auf jeden Fall mehr Sport machen, sie werden sportlicher sein, weil sie es in jüngeren Jahren gelernt haben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle ihr Verhalten ändern, es bedeutet nur, dass mehr ältere Menschen als heute verändertes Verhalten im Freizeit- und Sportbereich zeigen werden (Tokarski & Allmer, 1991, S. 19). Aus dieser Schlussfolgerung, da das Alter variabler geworden ist ergänzen Tokarski & Allmer (1991, S.19), dass die Angebote sich entsprechend variieren müssen, so auch Angebote der Kommunen und Wohlfahrtsverbände, die allem Anschein nach eher sportungewohnte Ältere sowie sozial Schwache und sozial Isolierte ansprechen. Schöttler (1991, S. 27) verdeutlicht damit, dass immer mehr Anbieter von Sport- und Bewegungsprogrammen auf den Markt kommen. Es sind z.B. nicht nur Vereine, Wohlfahrtsverbände, Volkshochschulen, Kirchen, Krankenkassen, Sportprogramme für Menschen in der zweiten Lebenshälfte attraktiver geworden, sondern auch noch Fitnessstudios und auch private Fitnesstrainer schließen sich an diese Bevölkerungsschicht an. Die Inhalte des Sports passen sich mehr und mehr an die aktuellen Bedürfnisse für ältere Menschen an. In den Sportgruppen zeigt sich dabei ein differenziertes Bild: eine Minderheit strebt den leistungs- und ausdauerorientierten Sport an, bei der Mehrheit ist dieser Leistungsaspekt gekoppelt mit der Zunahme des Bedürfnisses nach

Lebensgenuss (Mertens, 1997, S. 35). Wie in der Einleitung schon erwähnt, konzentriert sich diese Arbeit im Bereich der Sportvereine. Kommerzielle Sportanbieter werden nicht weiter konkretisiert.



## **6 Gesundheitsverständnis**

In diesem Kapitel geht es um den Forschungszugang zum Thema „Gesundheit und Sport“. Nach einer kurzen begrifflichen Eingrenzung von Gesundheit, Gesundheitsförderung werden die Kernziele von Bewegungsangeboten konkretisiert. Die Kernziele von Gesundheitssportprogrammen werden auf die Zielgruppe „Menschen im höheren Erwachsenenalter“ gerichtet. Es ist ebenfalls zu erwähnen, dass sich diese Arbeit an der Literatur von den Qualitäten im Gesundheitssport orientiert, da im Bereich des Gesundheitssports dieses Themenfeld am weitesten ausgearbeitet erscheint.

Nach Bässler (1997, S. 84) ist der Zusammenhang zwischen Bewegung/ Sport und Gesundheit weniger eindeutig als allgemein angenommen wird. Die positiven Wirkungen des Sporttreibens auf die Gesundheit sind vielmehr von der Art, dem Umfang und vor allem von der Intensität der Aktivitäten abhängig. Um die Sportausübung im Interesse der Gesundheit zu fördern, beschreibt Bässler (1997, S. 84) vor allem folgende Strategien geeignet zu sein:

- 1) Beratung: Fragen, die in diesem Zusammenhang im Blickpunkt stehen, sind:  
„Richtig Sporttreiben“- aber wie? Welcher Sport für wen? Denn: Nicht jeder Sport ist gesund, und nicht jeder gesunde Sport ist für jeden gleich gut geeignet. Welchen Qualitätsanforderungen sind an Sportangebote zu stellen?
- 2) Verstärkte Anstrengungen zur Verhütung von Verletzungen, insbesondere im Freizeitsport
- 3) Verstärkte Kooperation von Sport und Gesundheitsförderung

### **6.1 Gesundheit**

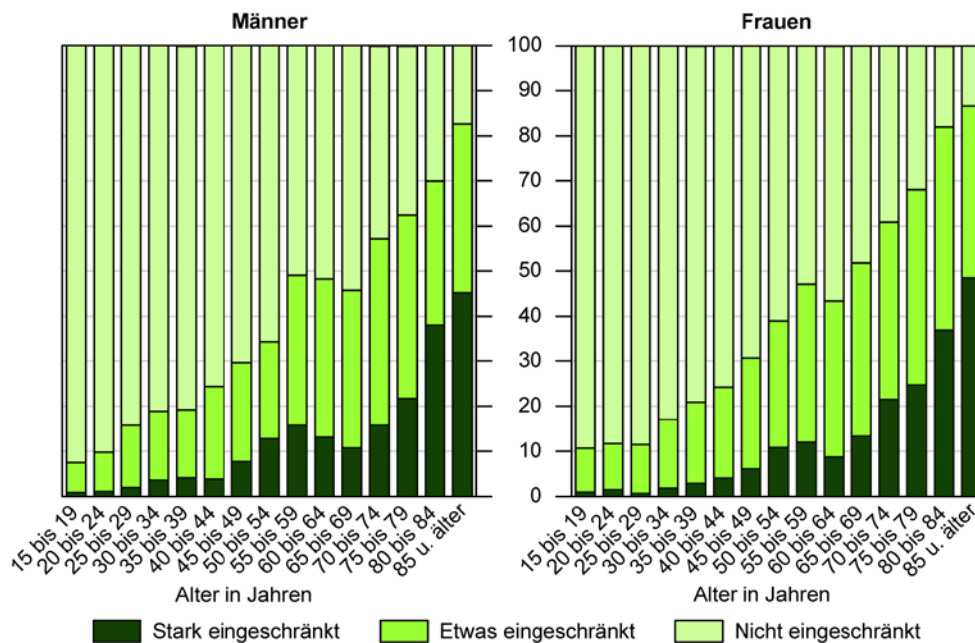
Es ist nicht jede sportliche Aktivität, die betrieben wird, gesund. Gesundheit ist z.B. kein primäres Ziel für die wettkampfzentrierten Sportarten. Im Wettkampf werden u.a. Verletzungen oder auch Trainingsbelastungen, die zu gesundheitlichen Schädigungen führen können, bewusst in Kauf genommen. Trotzdem kann im Wettkampfsport unter bestimmten Bedingungen, im Hinblick auf spezifische Gesundheitsaspekte, für Personen „gesund“ sein. Dies gilt z.B. für ein Kind, das in seiner Wettkampfmannschaft „soziale Eingliederung“ erlebt oder aber auch für eine erwachsene Tennisspieler\*in, für die beim Match erlebte „Spannung“ eine wichtige Quelle ihres Wohlbefindens darstellt (Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 8). Knoll verdeutlicht (1997, S. 18) die zahlreichen Definitionsversuche zu Gesundheit (und Krankheit), die in unterschiedlichen Sichtweisen zum Ausdruck kommen. Woll (2006, S. 92) unterteilt die begriffliche Eingrenzung von

„Gesundheit“ in 1) Subjektive Konzepte und gesellschaftliche Normen, 2) Gesundheit als wissenschaftliches Problem und 3) Integrative Sichtweise von Gesundheit.

In der folgenden Definition von Gesundheit liegt der integrative Gesundheitsbegriff zu Grunde, der physische, psychische und soziale Komponenten in ihrer Wechselbeziehung gleichermaßen einbezieht und Gesundheit als einen dynamischen Prozess betrachtet (Woll, 2006, S. 92f).

„Gesundheit ist das Ergebnis eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum mit seinen Ressourcen und den Anforderungen seiner sozioökologischen Umwelt. Gesundheit wird als prozesshaftes Geschehen aufgefasst, das sich im aktuellen Bezug herausbildet. Gesundheit und Krankheit sind als Extrempole eines mehrdimensionalen Kontinuums (physisch, psychisch und sozial) zu sehen, auf dem sich eine Person jeweils lokalisieren lässt.“ (Woll, 2006, S. 93)

Diese Überlegungen zum Sinn des Begriffes Gesundheit ergänzen Allmer und Schulz (1987, S.73) den Begriff „gesund“ wenn sich der Mensch relativ wohl befindet, wenn er relativ leistungsfähig ist, wenn er seine Lebensumstände realistisch einschätzen kann und die Fähigkeit entwickelt, sich selbst helfen zu können. Wenn sich der Mensch mit sich selbst einig ist. Die folgende Abbildung 20 zeigt, dass rund ein Drittel der österreichischen Bevölkerung (2,3 Mio. Personen) sich durch ein langes (ca. ein halbes Jahr) andauerndes gesundheitliches Problem bei normalen Alltagstätigkeiten eingeschränkt fühlt. Bei diesem Merkmal kann eine hohe Korrelation mit dem Alter festgestellt werden. Bei den über 75-Jährigen gaben sogar über 60% der Männer und fast 70% der Frauen an, ihre Alltagstätigkeiten nicht ohne Einschränkungen ausüben zu können. Etwa ein Drittel aller über 75-Jährigen Frauen und Männern sind sogar stark eingeschränkt (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, S. 16f).



**Abbildung 20: Anteil der Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens nach Alter und Geschlecht (Prozentwerte) (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, S. 16).**

„Mit der steigenden Lebenserwartung und damit der Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie der verbesserten medizinischen Versorgung stellt sich zunehmend die Frage, welchen Erfolg die lebensverlängernden und kurativen Maßnahmen, die dem Patienten das Leben mit seiner Krankheit erleichtern sollen, erzielen. Das Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“<sup>4</sup>, also das subjektive Empfinden des Einzelnen in physischen, psychischen und sozialen Bereichen, gewinnt somit zunehmend an Bedeutung.“ (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, S. 16f)

## 6.2 Gesundheitssport

Unter „Sport“ verstehen (Brehm & Bös, 2003, S. 11; Brehm, Janke, Sygusch & Wagner, 2006b, S.15) eine historisch- kulturell definierte Untermenge von „körperlicher Aktivität“ für die insbesondere Leistungsvergleich im Wettkampf (Wettkampfsport), Fitnessverbesserung und Körperperforming (Fitness-Sport), Freude an der Bewegung und Bewältigung

<sup>4</sup> Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein subjektives psychologisches Konstrukt, das den Gesundheitszustand aus der Perspektive des Individuums einschätzt. Gesundheit beschreibt nur einen Teilaspekt der allgemeinen Lebensqualität und steht neben Einflussfaktoren wie Wohlstand, Freiheit, Politik, Bildung, Kultur und Religion. In gesundheitsökonomischen Evaluationen stellt die gesundheitsbezogene Lebensqualität einen zentralen Ergebnisparameter dar. Die Abgrenzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität leitet sich aus der WHO-Definition von Gesundheit ab und umfasst (1) physische Gesundheit, (2) psychisches Wohlbefinden und (3) soziale Integration. (Zugriff am 25.06.2010 unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/gesundheitsbezogene-lebensqualitaet.html>)

der Natur (Fun- und Natursport) Merkmale bzw. Handlungsziele sind. Dies bedeutet, dass sportliche Aktivität möglichst strukturiert – durch eine entsprechende Gestaltung der Aktivität auf die jeweilige Zielerfüllung ausgerichtet ist (Wagner & Brehm; in Brehm et al., 2006b, S.15). Gesundheit wird von sportlich Aktiven zwar häufig als ein Ziel mit genannt, die Aktivitäten orientieren sich dann allerdings nicht explizit an diesem Ziel. Die Qualitätsanforderungen an die Durchführung der Aktivitäten sind – mit einigen Ausnahmen wie etwa Wettkampfsport - zumeist nicht sehr hoch. Beispielsweise erfolgt die Feststellung der Zielerfüllung oftmals nur subjektiv (Brehm et al., 2006b, S.15). Im Hinblick auf den „Gesundheitssport“ bzw. „gesundheitssportliche Aktivitäten“ beschreiben Brehm und Bös (2003, S. 11) weitergehend und spezifischer auf solche körperlichen bzw. sportlichen Aktivitäten, die hochstrukturiert auf gesundheitsförderliche Effekte bei Zielgruppen mit spezifischen Risiken, gesundheitlichen Problem und Erkrankungen ausgerichtet sind. Im Gesundheitssport werden mit speziellen Gesundheitssportprogrammen bzw. mit spezifischen – individuell zugeschnittenen – gesundheitssportlichen Aktivitäten, gesundheitsrelevante Kernziele (Kapitel 6.4) zielgruppengerecht angesteuert. Eine Evidenzbasierung ist dabei auf der Input- Seite (z.B Programme/Aktivitäten) wie auf der Output-Seit (z.B Effekte des Programms) gerichtet (Brehm, et al. 2006b, S.15). Mit einer solchen qualitätsorientierten Strukturiertheit ist Gesundheitssport ein Element, das im Schnittbereich von Sport- und Gesundheitssystem von wesentlicher Bedeutung sein kann. Brehm et al. (2002, S. 30) und Knoll (1997, S. 18) ergänzen, dass der Sportbegriff sowie der Gesundheitsbegriff gesellschaftlichen und historischen Einflüssen unterlegen ist. Der individuumzentrierte Gesundheitsbegriff ist stets in engem Zusammenhang mit dem jeweils vorherrschenden Welt- und Menschenbild zu analysieren. Zusammenfassend erben sich folgende Merkmale zur Umgrenzung sowie zur Abgrenzung von Gesundheitssport:

- Gesundheitssport zielt in diesem Sinne auf Gesundheitswirkungen, auf Verhaltenswirkungen sowie auf Verhältniswirkungen.
- Diese Ziele werden durch geeignete Maßnahmen und Programme systematisch geplant und angesteuert (Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 27)

„Effizienter Gesundheitssport setzt Professionalität in medizinischer, in verhaltens- und in sportbezogener Hinsicht voraus, ebenso eine Qualitätssicherung auf hohem Niveau.“ (Brehm, 2006, S. 261)

Nach Brehm et al. (2001, S. 11) kann Gesundheitssport als Element der Gesundheitsförderung im Sinne des „Health Promotion Paradigm“ der WHO aufgefasst werden. Gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote laufen häufig in Kurs – oder Programmform ab, um den Einsteigern nicht nur eine Möglichkeit zu geben, mit sportlicher Aktivität allmählich wieder vertraut zu werden, sondern diese gleichzeitig als

eine regelmäßige Betätigung in den eigenen Alltag integrieren zu lernen (Wagner, 2000, S. 117). Gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote sollten nicht auf ein generelles und daher nicht einlösbares Versprechen von Gesundheit gerichtet sein, sondern Themen und zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden und damit Teilbereiche von Gesundheit in den Mittelpunkt stellen. Dies wird nur möglich sein, wenn die allgemeine Gesundheitsdiskussion von biologisch /funktionellen Aspekten auf ein komplexeres Verständnis ausgeweitet wird (Landes Sport Bund Nordrhein-Westfalen, 2002, S.5).

### **6.3 Gesundheitsförderung**

Mit der Ottawa- Charta der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsförderung 1986 wurde ein positives Verständnis von Gesundheit in den Vordergrund gerückt, mit dem die Bedeutung einer gezielten Förderung der physischen Gesundheitsressourcen ebenso betont wird wie jene der psychischen und sozialen Ressourcen (Brehm et al., 2001, S. 10). Gesundheitsressourcen sind:

„solche Faktoren, die Menschen gesund erhalten. Gut ausgebildete Gesundheitsressourcen versetzen Menschen in die Lage, auf Anforderungen mit einer hohen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit zu reagieren sowie das Befinden und die soziale Einbindung selbst positiv zu regulieren (in Richtung eines umfassenden Wohlbefindens.)“ (Brehm et al., 2001, S. 10)

Nach der Definition der WHO wurde Gesundheitsförderung als ein Prozess umschrieben, der darauf abzielt, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gemäß diesem Verständnis ist Gesundheit die Fähigkeit, die Aufgaben und Herausforderungen des alltäglichen Lebens bewältigen zu können und dabei die persönlichen Bedürfnisse befriedigen, Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie (die) Umwelt meistern bzw. sie verändern zu können (Landes Sport Bund Nordrhein-Westfalen, 2002, S. 5).

Gesundheitsförderung geht über Prävention hinaus, die auf Krankheitsverhütung zentriert ist. Durch Prävention sollen entweder Rahmenfaktoren, die die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten verringern, verbessert werden oder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindert werden. Gesundheitsförderung zielt darüber hinaus auf umfassendes Wohlbefinden, sowie auf Verhaltensweisen und Verhältnisse, die zu einem solchen Wohlbefinden beitragen (Brehm et al., 2002, S. 11; Brehm et al., 2001, S. 11). Die Gesundheit zu fördern heißt deshalb, Maßnahmen einzuleiten oder zu unterstützen, die die Fähigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen eines Menschen zur Bewältigung seines alltäglichen Lebens erhalten oder erweitern (Landes Sport Bund Nordrhein-Westfalen, 2002, S. 6).

(Brehm et al., 2002, S. 10; Brehm & Bös 2003, S. 11; Brehm et al., 2006b, S. 21) beschreiben die Besonderheit von Gesundheitsförderung auf 3 Ebenen:

- Den Gesundheitsstatus/ Gesundheitswirkung (Verbesserung physischer sowie psychosozialer Ressourcen, Reduzierung von Risikofaktoren sowie von Beschwerden und weiteren Zuständen des Missbefindens)
- Das Gesundheitsverhalten (vor allem Regelmäßigkeit sowie Einhaltung von Belastungsnormativen und -umfängen, Selbstkontrolle über die Gesundheit auszuüben)
- Die Gesundheitsverhältnisse (Systematische Optimierung der Umweltbedingungen z.B Möglichkeit zum Radfahren zur Bewegungsstunde).

Zusätzlich ergänzen Tiemann, Brehm und Sygusch (2004, S. 251)

- Kostenwirkungen, insbesondere durch Veränderungen kostenrelevanter Parameter wie Reduzierung der Arztkontaktrate, des Medikamentenkonsums und der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Maßnahmen.

Die ersten drei Perspektiven für eine Gesundheitsförderung lassen sich über sechs Kernziele für einen „Gesundheitssport“ konkretisieren (Brehm et al., 2002, S. 11; Brehm & Bös, 2003, S. 12). Diese Kernziele bilden im Weiteren den Rahmen für strukturierte, zielgruppenbezogene Interventionsmaßnahmen und Gesundheitssportprogramme (Brehm et al., 2006b, S. 22). Die Abbildung 21 zeigt die sechs Kernziele und deren Ausdifferenzierung. Die Kernziele 1 bis 4 sind dabei auf die salutogenetischen und die präventiven Gesundheitsdimensionen ausgerichtet, die Kernziele 5 und 6 orientieren sich an den Verhaltens- sowie Verhältnisdimensionen von Gesundheit. Weiteres soll die Abbildung 21 den Zusammenhang zwischen den Kernzielen verdeutlichen (Brehm et al., 2006b, S. 22).

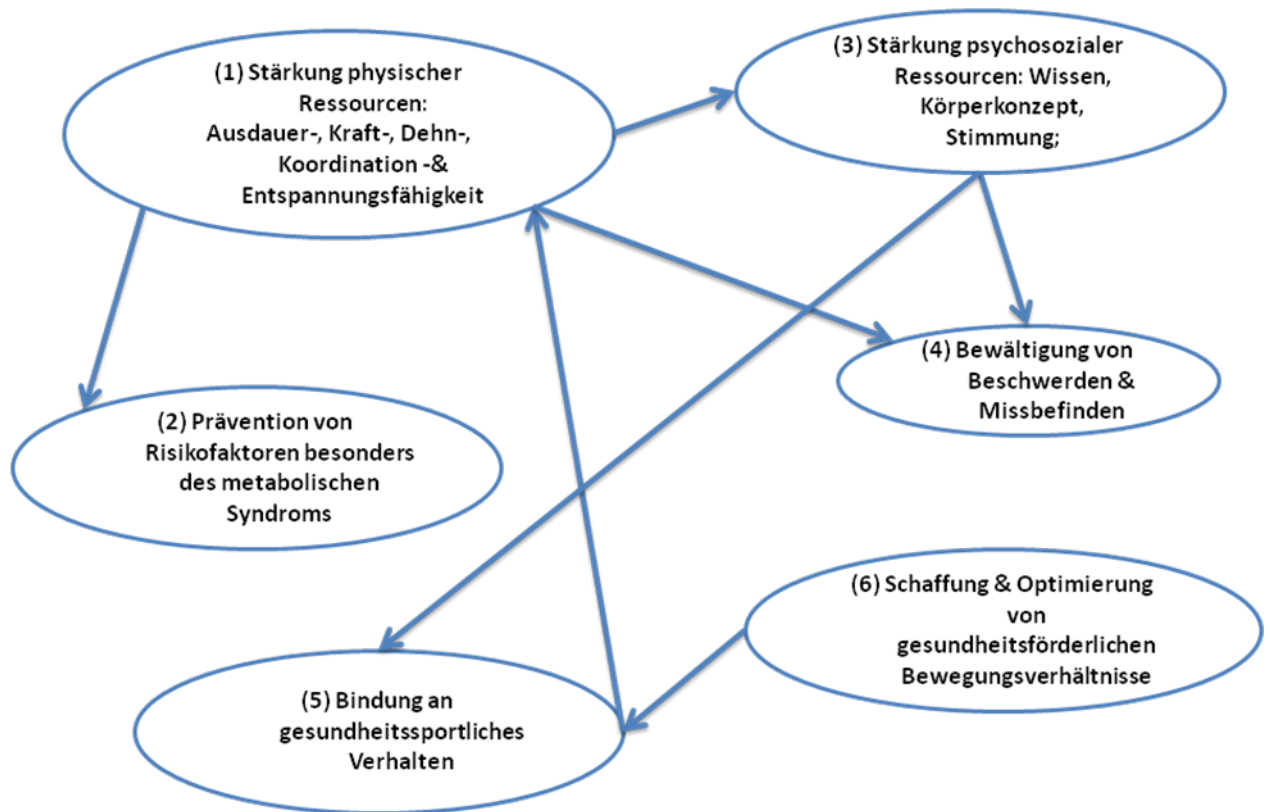


Abbildung 21: Kernziele von Gesundheitssport und ihre Wechselbeziehung (Brehm et al., 2006b, S.22).

## 6.4 Kernziele von gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten

Folgende Kernziele gilt es, in Anlehnung an die allgemeinen Ziele von Gesundheitsförderung, systematisch zu planen und im Rahmen von spezifischen Programmen anzusteuern.

### 6.4.1 Kernziel: Stärkung von physischen Ressourcen

Die vorliegenden Konzepte zur Stärkung physischer Gesundheitsressourcen durch sportliche Aktivierungen zentrieren sich auf die Beeinflussung des Herz-Kreislaufsystems sowie des Halte- und Bewegungssystems. Im Mittelpunkt steht der Gedanke, dass die Chancen zur Stärkung physischer Gesundheitsressourcen durch sportliche Aktivierung in der gezielten Beanspruchung des Muskelsystems liegen. (Brehm et al., 2002, S. 11; Brehm, 2006, S.249) Ergänzend schreiben Brehm et al. (2006b, S. 22), dass dieses Kernziel im Vordergrund der meisten Gesundheitssportprogramme steht. Brehm (2006, S. 249) fügt hinzu, durch die Akzentuierung von Reizsetzungen können dabei spezifische Effekte erzielt werden. Unstrittig ist Brehm (2006, S. 249) jedoch, dass solche Akzentuie-

rungen unter einer fünffachen Perspektive erfolgen sollen: Ausdauer und Kraft sowie Dehn-, Koordinations- und Entspannungsfähigkeit. Diese körperlichen Fähigkeiten werden oft unter dem Begriff „Fitness“ zusammengefasst. Die genannten Fähigkeiten sind durch gezielte Reize trainierbar, d.h. die Körpersysteme passen sich bis in das hohe Lebensalter funktionsbezogen den Anforderungen an.

Durch die Verbesserung der (aeroben) Ausdauer wird u.a. die Ermüdungswiderstandsfähigkeit des Körpers erhöht, körperliche Beanspruchungen können leichter bewältigt werden und der Körper erholt sich schneller. Physiologisch passen sich das Herz-Kreislauf-System, die Atmung und der Stoffwechsel an die ausdauernde Beanspruchung an und arbeiten damit ökonomischer. Insbesondere zur Prävention metabolischer Risiken ist eine ausreichende Ausdauer eine wesentliche Bedingung (Brehm et al., 2006b, S. 23). Unter Kraft verstehen Boeck-Behrens und Buskies (2007):

„Die Fähigkeit des neuromuskulären Systems, Widerstände zu überwinden (dynamisch konzentrisch), ihnen entgegenzuwirken (dynamisch exzentrisch) oder sie zu halten (statisch bzw. isometrisch).“ (Boeck-Behrens & Buskies, 2007, S.21)

Dem Krafttraining wird im gesamten Altersgang eine wichtige gesundheits- und leistungsstabilisierende Bedeutung zugeschrieben, wobei die alternersphysiologischen Prozesse verzögert werden. Brehm und Bös (2006, S. 22) ergänzen, dass für die Verletzungsprophylaxe Kraft ein ebenso wichtiger Bestandteil ist wie für die Prävention von Problemen des Muskel-Skelettsystems (z.B Rückenprobleme, Haltungsschwächen, muskuläre Dysbalancen, Osteoporose, athrotische Veränderungen). Meusel (1999) ist der Meinung, dass eine planmäßige Kräftigung der Muskulatur bis ins hohe Alter – auch für gebrechliche alte Menschen von großem präventivem und rehabilitativem Wert ist. Die Kräftigung der Muskulatur erfolgt ohne Schnellkraftübungen (schnelle Bewegungen gegen hohen Widerstand) und ohne maximalen Krafteinsatz.

Dehnfähigkeit (Beweglichkeit) zielt auf eine möglichst gering eingeschränkte Beweglichkeit in den Gelenken und ist damit eine Voraussetzung für eine ökonomische Bewegungsausführung sowie für die Nutzung der Bewegungspotentiale des Körpers (Brehm et al., 2006b, S. 23). Brehm und Bös (2006, S. 22) beschreiben weiteres, dass Kraftübungen zu vorübergehenden Verkürzungen der Muskulatur kommt - Dehnübungen stellen eine sinnvolle Ergänzung dieser dar. Ebenso wie Kraftübungen zielen auch Dehnübungen präventiv auf die Vermeidung muskulärer Dysbalancen und Haltungsschwächen.

Koordinationsfähigkeit zielt auf eine möglichst präzise Ausführung von rhythmischen sowie von komplexen Bewegungen und setzt sich entsprechend aus verschiedenen Faktoren wie Gleichgewichts-, Orientierungs-, Rhythmus- und Reaktionsfähigkeit



zusammen. Koordinationsfähigkeit wirkt sich u.a. günstig auf die Bewegungskoordination, den Energieverbrauch und auf das Verletzungsrisiko aus (Brehm & Bös, 2006, S. 22).

Entspannungsfähigkeit zielt auf das Lösen von physischen Verspannungen und psychischen Anspannungen, auf ein Abschalten von alltäglichen Belastungen (Brehm et al., 2006b, S. 23). Sportliche Betätigung verringert die Stressbelastung und verbessert die Entspannungsfähigkeit. Moderater Sport ist eine aktive Erholung von psychischen Belastungen (Meusel, 1999, S. 98). Die eigentliche Bedeutung des Sports für die Entspannung im engeren Sinne als vertiefende Erholung liegt jedoch in der Erholungsphase nach der sportlichen Betätigung: dadurch, dass nach der motorischen Belastung eine verstärkte Aktivität des Parasympathikus, d.h. des erholenden Nervensystems im Sinne der trophotropen Phase einsetzt (Brehm & Bös, 2006, S. 22). Abschließend verdeutlicht Brehm und Bös (2006), dass Entspannungsfähigkeit sowohl eine physische als auch eine psychische Ressource darstellt.

Brehm (2006, S. 250) erwähnt, dass ein Training im Kontext der Fähigkeiten die körperliche Fitness umfassend gestärkt wird. Bezüglich der Intensität reicht ein „sanftes Training“ aus, d.h. die Fähigkeitsbereiche können bei einer subjektiv >mittleren Anstrengung< bereits effektiv entwickelt werden. Als absolutes Minimum im Hinblick auf präventive Effekte ist eine einmalige Beanspruchung der vier Fähigkeitsbereiche pro Woche anzusehen. Schubert und Bös (1996, S. 155) ergänzen, dass eine gute Ausprägung der motorischen Fähigkeiten Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination älteren Menschen hilft, die Funktionsfähigkeit des Organismus, die körperliche Leistungsfähigkeit und den allgemeinen Gesundheitszustand zu erhalten und zu verbessern.

#### **6.4.2 Kernziel: Prävention von Risikofaktoren**

Bleiben Anforderungen an die physischen Gesundheitsressourcen Ausdauer, Kraft, Dehn-, Koordinations- und Entspannungsfähigkeit aus, setzt relativ schnell der Prozess einer negativen Anpassung an diese Unterforderungen ein. In der Folge degenerieren nicht nur die Muskeln, sondern auch andere Organe und Körpersysteme (Brehm et al., 2002, S. 14). Körperliche Inaktivität bzw. Bewegungsmangel wird auf diese Weise zu einem „Risikofaktor“ für die Gesundheit, der weitere Risikofaktoren mit sich zieht. Einerseits im metabolischen Bereich (z.B. Bluthochdruck, erhöhte Blutzuckerwerte, Störung des Fettstoffwechsels) andererseits im muskulären Bereich (z.B. neuromuskuläre Dysbalancen (Brehm & Bös, 2006, S. 23). Im Umkehrschluss ist davon auszugehen, dass eine gezielte Stärkung der physischen Ressourcen – praktisch als „Nebeneffekt“ zu einer

Verminderung von Risikofaktoren beiträgt, insbesondere im Rahmen von Interventionen (Brehm, 2006, S. 251).

#### 6.4.3 Kernziel: Stärkung von psychosozialer Ressourcen

Psychosoziale Gesundheitsressourcen umfassen solche psychischen und sozialen Potentiale, durch die einerseits das subjektive Gefühl des Wohlbefindens entsteht bzw. verstärkt wird, und die andererseits helfen, Anforderungen unterschiedlicher Art besser zu bewältigen (Abele & Becker, 1994; in Brehm et al., 2002, S. 15). Nach Brehm (2006, S. 251) umfasst eine positive Grundgestimmtheit die gesamte psychische Gesundheit.

„Stimmung umfasst alltägliche Gefühle wie gute Laune, Ruhe, Erregtheit, Depressivität oder auch Ärger. Stimmung ist insbesondere akut aber auch längerfristig (Grundgestimmtheit) durch adäquate sportliche Aktivitäten positiv beeinflussbar.“ (Brehm, 2006, S.251)

Die positiven Beeinflussungen des emotionalen Befindens können, z.B. über eine Stimulation des Immunsystems auch positive Rückwirkungen auf den physischen Gesundheitszustand haben (Brehm et al., 2002, S. 15). Allmer (2006, S. 132) erwähnt jedoch die fehlenden systematischen Untersuchungen zur Wirkung auf die soziale Funktionsfähigkeit wie Durchsetzungsvermögen, soziale Integration und Kontaktfähigkeit. Nach Brehm et al. (2002, S. 15) verbessert nicht jede sportliche Aktivität die Stimmung gleichermaßen. Unter folgenden Voraussetzungen und unter Einhaltung der Regeln wird ein erfolgreiches Stimmungsmanagement in der Situation der sportlichen Aktivität ebenso wahrscheinlicher wie längerfristig anhaltendes Wohlbefinden (Brehm et al., 2002, S. 15f).

**Tabelle 1: Regeln für ein erfolgreiches Stimmungsmanagement bei sportlichen Aktivitäten**

Wenn die konditionellen und koordinativen Beanspruchungen zwischen „leicht“ und „etwas schwer“ erlebt werden.



Regel 1:  
Hohe konditionelle und koordinative Beanspruchungen möglichst vermeiden.

Wenn man körperliche Beanspruchungen konsequent mit Lockerungen und Entspannungsphasen verbindet



Regel 2:  
In jeder Einheit Lockerungen und eine Entspannungssequenz realisieren.

Wenn eine Rhythmisierung der Bewegung auch über einen gewissen Zeitraum hinweg gelingt.



Regel 3:  
Rhythmisierung auch „durchhalten“ bzw. entsprechende Bewegungen realisieren und z.B durch Musik unterstützen.

Wenn man zumindest zwischendurch „in der Aktivität versinken kann“.



Regel 4:  
Folgerung: Sequenzen einplanen, in denen man sich nur auf seinen Körper und seine Bewegung konzentrieren kann.

Wenn die Stimmungslage vor Beginn der Aktivität bewusst ist (z.B schlapp, unruhig, ärgerlich)



Regel 5:  
Aufmerksamkeit vor der Aktivität/Einheit kurz auf die Stimmungslage lenken

Wenn kurzfristig erfüllbare Ziele, wie z.B sich anstrengen oder Spaß haben, langfristig erfüllbare Ziele, wie z.B eine sportliche Figur bekommen oder ausdauernder werden, überlagern.



Regel 6:  
Besonders kurzfristige erfüllbare Ziele aufbauen und stärken.

Wenn es auch mal spannend wird.



Regel 7:  
Spannungsbögen einplanen, z.B kleine Spiele, Aufgaben mit Partnern oder in Gruppen.

Wenn der Übungsleiter und die Gruppe mit positiven Emotionen verbunden werden (z.B nett, kompetent, freundlich)



Regel 8:  
Positives Gruppenklima herstellen und positive Emotionen ausstrahlen.

Quelle: Brehm et al. (2002, S. 16)

Neben dem emotionalen sind kognitive und soziale Gesundheitsressourcen für ein positives Wohlbefinden, als auch für den Aufbau von Gesundheitsverhalten von wesentlicher Bedeutung. Als besonders wichtig gelten dabei 1) Körperkonzept, 2) Wissen, 3) Sinnzuschreibungen, 4) Konsequenzerwartungen, 5) Kompetenzerwartungen, 6) soziale Einbindung und Unterstützung (Brehm et al., 2002, S. 16f).

1) Körperkonzept wird oft als wichtigster Teilaspekt des Selbstkonzepts bezeichnet. Jeder Mensch braucht, um im Alltag handlungsfähig zu sein, ein Selbstkonzept, d.h. eine subjektive Theorie über die eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Eigenschaften und verfügbaren Verhaltensmuster (Mrazek, 2006, S. 84f; Lehr, 2000, S. 150). Auch für die Forschung des Selbstkonzeptes im hohen Erwachsenenalter beschreibt Lehr (2000, S.150f) die Bedeutung des „Selbst“ und der „Selbstdarstellung“, da Fragen nach der eigenen Person gestellt werden. Alfermann (1998, S. 212) beschreibt das Selbstkonzept als eine grobe Bildvorstellung, das eine Person von sich selbst macht.

„Unter dem Selbstkonzept kann man demnach die Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen Beurteilungen verstehen.“ (Mummendey, 1990, S. 79; in Alfermann, 1998, S. 212)

Alfermann (1998, S. 220) schreibt, dass das Selbstkonzept als eine zentrale gesundheitliche Ressource gilt, weil es die Lebensqualität eines Menschen determiniert. Sportliche Aktivität beeinflusst das Körperkonzept. Sport stärkt damit im Allgemeinen die gesundheitlichen Ressourcen, die durch das Selbstkonzept gegeben sind. Laut Mrazek (2006, S.85) richtet die sportliche Aktivität die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper und ermöglicht dadurch Körpererfahrungen, die im Alltag kaum möglich sind. Zusätzlich kann durch das sportliche Training die Sicherheit in Beherrschung und Umgang mit dem eigenen Körper verbessert werden. Nach Erlemeier (1998, S.115) ist das Selbstkonzept im Alter von besonderem Interesse, da ein stabiles Selbst und differenziertes Selbstkonzept ein wichtiges Element in der Erhaltung von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind.

2) Wissen beeinflusst, wie das Körperkonzept das Selbstwertgefühl. Es ist die Grundlage für die Aufnahme und Durchführung von Handlungen – insbesondere auch von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Brehm et al., 2002, S.16f). Wissensvermittlung sollte nicht in Form von isolierten und zeitaufwendigen Vorträgen erfolgen sondern wie in Tabelle 2 vorgestellt.

**Tabelle 2: Wissensvermittlung bei Bewegungsangeboten.**

In die Aktivitäten einzelner Einheiten integriert und dort jeweils so platziert werden, dass die vermittelten Informationen direkt mit praktischen Erfahrungen und konkretem Erleben verbunden werden können.	Bei der praktischen Umsetzung immer wieder eine Aufmerksamkeitszentrierung auf bereits vermittelte Sachverhalte erfolgt. (z.B Muskelgruppen und ihre Funktion)
An bereits vorhandene Kenntnissen und Erfahrungen anknüpfen	Auf Informationen konzentriert, die das Handlungswissen erweitern (z.B Belastungsregeln) und erst dann mit Erweiterungen des Effektwissens verbunden werden (z.B Effekte eines Ausdauertrainings)
Maximal 10 Minuten andauern.	

Quelle: Brehm et al. (2002, S. 17)

3) Sinnzuschreibungen und 4) Konsequenzerwartungen geben dem Handeln Bedeutung und Ziel und sind damit wesentliche Bestandteile der Handlungs- Motivation und der Handlungssteuerung. Sinnzuschreibungen beziehen sich auf die allgemeinen Ziele und Bedeutungen des Handelns und Konsequenzerwartungen sind auf die Effekte des Handelns gerichtet (Brehm et al., 2002, S. 17). Realistische Konsequenzerwartungen im Gesundheitssport können z.B. sein: „15 Minuten am Stück walken gehen“ (Brehm, 2006, S. 252). Sinnzuschreibungen gesundheitssportliche Aktivitäten sind z.B. „Fitness verbessern“, „körperlich leistungsfähiger werden“, „sich wohler fühlen“ (Brehm et al., 2002, S. 17).

5) Positive Kompetenzerwartung (Selbstwirksamkeit) zum selbstsicheren Umgang mit den Barrieren, die im Alltag einer regelmäßigen Ausübung gesundheitssportlicher Aktivitäten entgegenstehen (z.B. das Gefühl, keine Zeit zu haben oder einer körperlichen Anforderung nicht gewachsen zu sein). Aus der subjektiven Sicht der Teilnehmer/innen ist eine (Wieder-) Aufnahme von gesundheitssportlichen Aktivitäten immer auch durch schwer abschätzbare körperliche Belastungen und unbekannte Anforderungen gekennzeichnet. Mangelnde Kompetenzerwartung stellt eine wesentliche Barriere vor gesundheitssportlichen Aktivitäten dar oder kann auch ein Grund für einen schnellen Ausstieg sein (Brehm & Bös, 2006, S. 25).

**Tabelle 3: Kompetenzerwartung für die Gestaltung von gesundheitssportlichen Aktivitäten.**

Erfolgs erlebnisse vermitteln, durch ein Vorgehen in – bewusst gemacht – kleinen Schritten sowie durch positive Rückmeldungen.	Soziale Einbindung fördern, z.B durch die Realisation kommunikativer Elemente (etwa beim Traben die Kommunikation fördern)
Effektives Stimmungsmanagement.	Positive Neuinterpretation von körperlichen oder emotionalen Zuständen (z.B Stress – mögliche Indikatoren, vgl. Wissensvermittlung)

Quelle: Brehm et al. (2002, S. 18)

6) Soziale Einbindung und Unterstützung versteht man, dass sich das Individuum in der Gruppe wohl fühlt, aber auch mehr Sicherheit mit dem Umgang der Mitmenschen zu bekommen. Sportliche Aktivitäten in Gruppen sind eine günstige Voraussetzung zur Förderung und Erfahrung von sozialer Unterstützung und Einbindung (Brehm, 2006, S. 252) Soziale Einbindung kann dabei gefördert und durch gezielte Maßnahmen soziale Unterstützung initiiert werden (siehe Tabelle 4):

**Tabelle 4: Förderung von sozialer Unterstützung.**

Die Bindung von Zielgruppen von „Gleichgesinnten“ (z.B Neuanfang nach langjähriger Bewegungspause) und /oder gleichermaßen „Belasteten“ (z.B Übergewichtige, Menschen mit Rückenbeschwerden.)	Die Aufforderung, jemanden mitzubringen (Partner, Freunde etc.)
Gruppenbezogene Übungen und Aufgaben	Zuwendung durch den /die Leiter/in.

Quelle: Brehm et al. (2002, S. 18)

#### **6.4.4 Kernziel: Bewältigung von Beschwerden & Missbefinden**

Dieses Kernziel bezieht sich sowohl auf direkte und indirekte Lösungen für gesundheitliche Probleme, als auch insbesondere auf die Befähigung selbst auf solche Lösungen hinzuarbeiten. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen zwei Strategien: a) Eine problembezogene Bewältigung zielt auf eine Linderung von physisch bedingten

Beschwerden wie auch den Abbau bzw. die Verbesserung von psychosomatisch bedingten Missbefinden. z.B. kann eine systematische Kräftigung und Mobilisierung der Haltemuskulatur – insbesondere des Rückens und des Bauchs- entscheidend zur Reduktion von Rückenproblemen beitragen (Brehm & Bös, 2006, S. 26).

b) Bei der emotionsbezogenen Bewältigung sind die Aktionen und Interventionen eher auf die Regulation der mit einer stressreichen Situation einhergehenden Emotionen gerichtet. z.B. Gliederschmerzen können durch eine Intervention nicht unmittelbar gelöst werden, doch die betroffene Person kann sich nach einer sportlichen Aktivität dennoch wohler fühlen (Brehm & Bös, 2006, S. 26).

#### **6.4.5 Kernziel: Bindung an gesundheitssportliches Verhalten (Verhaltenswirkung)**

Modellvorstellungen zum Aufbau von Bindungen an Gesundheitsverhaltensweisen rückten in den letzten Jahren vor allem deshalb immer mehr in den gesundheitswissenschaftlichen Blickpunkt, da festgestellt wurde, dass gerade bei Gesundheitsförderungsprogrammen die Drop- Out- Raten besonders hoch liegen. Als besonders kritisch für einen Ausstieg gelten das erste halbe Jahr der Teilnahme sowie der Abschluss eines Programms (Eberhart, 1999; in Brehm et al., 2002, S. 19).

In einem zeitlich festgelegten Sportprogramm wird die Bindung häufig über die Registrierung der Anwesenheit operationalisiert, wobei oft genau festgelegt wird, ab welcher Anwesenheitsquote eine Person als „Dabeibleiber“ bzw. als „Aussteiger“ bezeichnet wird. Ein Aussteiger ist demnach eine Person, die zu einer bestimmten Anzahl von Kurseinheiten nicht erschienen ist bzw. den Kurs komplett abgebrochen hat (Röger, 2005, S. 58). Von einer Institution wird dann gesprochen, wenn verschiedene Menschen in irgendeiner Form der dauerhaften und stabilen Beziehung zueinander stehen. Formiert wird diese durch ein immer wieder auftretendes Verhalten (Röger, 2005, S. 64). Im Bereich des Gesundheitssport stellt die Institutionalisierung von Sport- und Bewegungsprogrammen neben der Wirkung auf physisch sowie psychosoziale Merkmale der Teilnehmer/innen, sowie dem Aufbau einer längerfristigen Bindung bereits ein zentrales Qualitätsmerkmal dar (Brehm et al., 2001, S. 161; in Röger, 2005, S. 64) Unter Institutionalisierung wird die:

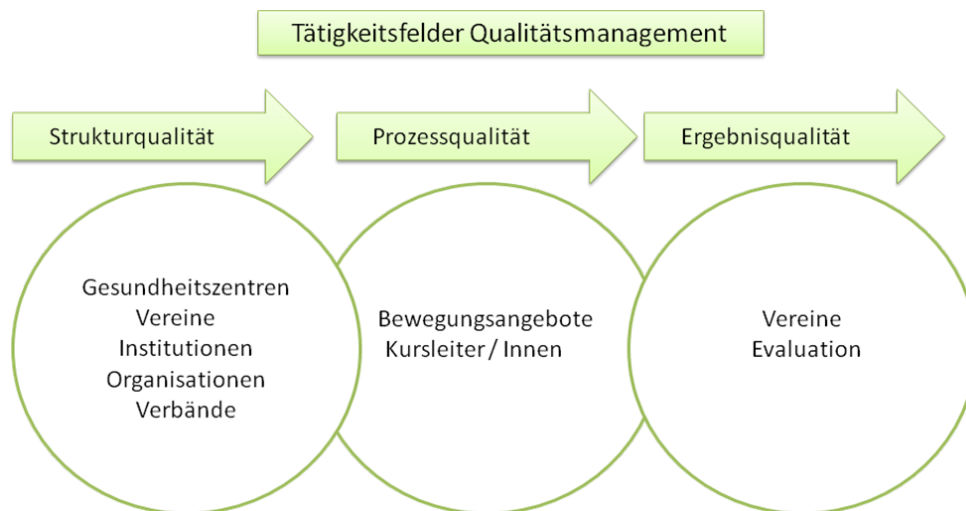
„...längerfristige Implementierung von Gesundheitsprogrammen im Verein sowie kommunalen Kontext verstanden um den Teilnehmern ein längerfristiges organisiertes Sporttreiben zu ermöglichen und deren Drop-out aus dem Sporttreiben zu verhindern.“  
(Röger, 2005, S. 64)

Dabei wird der Begriff „Verhältniswirkung“ immer bedeutsamer, der auf die Verbesserung der Angebotsstruktur von Gesundheitssportprogrammen sowie auf den Aufbau von Netzwerken mit anderen Akteuren und Institutionen im Gesundheitswesen abzielt (Röger, 2005, S. 65).

Röger (2005, S. 66) sieht als wesentliche Grundvoraussetzung durch senioren-sportliche Interventionsmaßnahmen Gesundheit und Bindungseffekte erzielen zu können. Sowie diese Programme auch längerfristig zu institutionalisieren, dennoch ist die Planung bzw. Konzeptualisieren sowie Umsetzung der Interventionen von großen Aufwand. Dabei erwähnt Röger (2005) die Bedeutung der vorher definierten Ziele eines solchen Interventionsprogramms festzulegen um die darauf aufbauenden Maßnahmen erreichen zu können. Im Zusammenhang mit der Frage, welche Faktoren für die Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität verantwortlich sind, werden insbesondere im Bereich der Psychologie verschiedene Determinanten diskutiert, die von Wagner (2000, S. 110) in drei Bereiche eingeteilt werden: soziale Faktoren, personale Faktoren und programmspezifische Faktoren. Wagner (2000) unterteilt die genannten Determinanten in verschiedenen Subfaktoren: Der Begriff soziale Faktoren ist aufgeteilt in soziale Unterstützung, Gruppenkohäsion und Übungsleiterverhalten. Bei personale Faktoren sind Konsequenz-erwartung, Selbstwirksamkeitserwartung, physischer Zustand sowie Bedingungen der aktuellen Lebenslage zusammengefasst. Subdeterminanten der Faktoren des Sporttreibens in Sportprogrammen sind inhaltlich-konzeptuelle sowie räumlich –materielle Programmbedingungen. Diese Determinanten werden nicht nur im Bereich des Gesundheitssports mit älteren Erwachsenen, sondern auch im Seniorensport als relevante Einflussfaktoren auf das Sportverhalten im Allgemeinen sowie die Aufrechterhaltung einer Sportaktivität veranschaulicht (Röger, 2005, S. 60).

#### **6.4.6 Kernziel: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse**

Zur Verbesserung der Bewegungsverhältnisse gehören prozess- und ergebnisbezogene Qualitätssicherungen. Während sich die prozessbezogene Qualitätssicherung unter anderem auf die Qualifikation der Kursleiter/innen und die Institutionalisierung der Kurse, ist die ergebnisbezogene Qualitätssicherung insbesondere auf die Evaluation der Programm-Effekte gerichtet (vgl. Abbildung 22) (Brehm et al., 2002, S. 24).



**Abbildung 22: Tätigkeitsfelder des Qualitätsmanagements (modifiziert nach Jacobs, B. 2003, S. 146).**

Brehm et al. (2002, S. 24f) und Brehm et al. (2006b, S. 32) beschreiben einige Meilensteine die zur Veränderung der Bewegungsverhältnisse in Deutschland geführt haben. Als Meilensteine werden die „Gesundheitspolitische Konzeption“ des DSB von 1995 „Schwerpunktprogramm Gesundheitssport“ sowie die DSB-Leitlinien „Gesundheitsprogramme im Sportverein“ von 1997 beschrieben. Als weitere Qualitätssicherung in Deutschland verdeutlichen sie auf regionaler und kommunaler Ebene das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“, „Qualitätszirkel“ und neugefasste Richtlinien für die Ausbildung von Übungsleiter/innen für den Gesundheitssport, sowie eine Evaluation der regionalen Umsetzung der Qualitätskriterien. Weitergehend wurden die Richtlinien für die Ausbildung von Übungsleiter/innen für den Gesundheitssport mehrfach verändert und verbessert.

In Bezug auf die Verbesserung der Bewegungsverhältnisse ist das Pilotprojekt „Bewegt Gesund“ zu erwähnen. „Bewegt Gesund“ ist ein Projekt der WGKK und „Fit für Österreich“ (eine Initiative des Sportministeriums, der Österreichischen Bundes-Sportorganisation BSO und der Sport-Dachverbände ASKÖ, ASVÖ und Sportunion). Im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung haben Ärzte die Möglichkeit, jenen Patientinnen und Patienten Bewegung zu verordnen, die bestimmte Risikofaktoren aufweisen. Wenn der/die Patient/in das Bewegungsangebot für ein Jahr lang in Anspruch nimmt und mindestens 18 Einheiten absolviert (75%), ersetzt die WGKK € 35,- der Kurskosten (Wiener Gebietskrankenkasse, 2009, S. 4, Zugriff am 20.08.2010). Huber (1999, S. 157) ist der Ansicht, dass der Hausarzt bei der Veränderung der subjektiven Normen viel stärker einbezogen werden muss, da er sehr viele ältere Menschen erreicht und er von den Menschen als kompetent und glaubwürdig erscheint. Nach Huber (1999) befindet sich der Arzt in einer Schlüsselfunktion für gesundheitsbezogene Empfehlungen und Ratschläge.



Zusammenfassend lassen sich Bewegungsverhältnisse vor allem verbessern durch:

- Profilierte Gesundheitsprogramme
- Qualifizierte Leiter/Innen
- Adäquate Räumlichkeiten und Geräte
- Kommunale und regionale Vernetzung sowie Kooperation
- Qualitätssicherung und wissenschaftliche Evaluation  
(Brehm et al., 2002, S. 24; Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 11; Tiemann, 2006, S. 281)

Ergänzt wird von Tiemann, Buskies und Brehm (2005, S. 19)

- Kontinuierliches Qualitätsmanagement

#### **6.4.7 Zusammenfassung der Ziele von gesundheitsorientierter Sport-Bewegungsangebote**

Nach der Schriftenreihe des Kulturministerium Nordrhein-Westfalen (1992, S. 13) sind gesundheitsorientierte Angebote im Sportverein, wenn diese Kurse im Sinne der Gesundheitsbildung orientiert und die wesentlichen Merkmale eines umfassenden Gesundheitsbegriffs aufgreifen. Gesundheit wird als gelungene Bewältigung des Alltags verstanden, wobei in einem Kurs deren Maßnahmen behandelt werden und daher die Gesundheitsbildung auf die Stärkung individueller Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Lebenssituationen, um Wollen, Können und Sollen in Einklang zu bringen. Als allgemeine Grundsätze die im Mittelpunkt der Kurse stehen, erwähnt das Kulturministerium Nordrhein-Westfalen (1992, S. 13) die sportliche Betätigung, der Umgang mit dem Körper und das bewusste Aufgreifen von alltäglichen Verhalten, Normen um Gesundheitsbildung zu verbinden. Als Zusammenfassung an die erwähnten Kernziele von gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten lassen sich in Anlehnung von Landes Sport Bund Nordrhein-Westfalen (2002, S. 9-10) folgende Ziele ableiten.

##### *Übergeordnete Ziele*

- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat an dem Sport- und Bewegungsangebot in der Gruppe regelmäßig teilgenommen und es als sinnvoll erlebt.
- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat die Vielfalt eines möglichen aktiven Lebensstils kennengelernt.

*Erhaltung und Verbesserung der physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit*

- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat die positiven Auswirkungen von Bewegung und Sport auf die physische, psychische und soziale Leistungsfähigkeit sowohl während des Sportangebotes als auch im Alltag erlebt.
- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat Körperwahrnehmung und Selbstbeobachtung kennengelernt.
- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat zwischenmenschliche Kontakte mit anderen Teilnehmer/innen erleben können.

*Wiederherstellung, Erhaltung, Verbesserung der biologischen Funktionsfähigkeit*

- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin kennt gesundheitsfördernde Schutzfaktoren und gesundheitsschädliche Risiken, ihre Ursachen und mögliche Auswirkungen.
- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin kennt die positiven psychischen und somatischen Auswirkungen des regelmäßigen Trainings und/oder andere bedeutsamer Gesundheitspraktiken.

*Entwicklung einer individuellen Gestaltungsfähigkeit*

- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin kann die persönlichen Erfahrungen und Selbstbeobachtungen zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverständnis anwenden.
- Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat ein Sport- und Bewegungsangebot in der Gruppe als dauerhafte Möglichkeit zur Gesunderhaltung erkannt und in den Alltag integriert.

## **7 Qualitätskriterien für gesundheitsorientierte Bewegungsangebote für Menschen im höheren Erwachsenenalter**

Die im Kapitel 6.4 angesprochenen Kernziele stellen Qualitätskriterien dar, die in der wissenschaftlichen Literatur mit geringen Unterschieden und leichten inhaltlichen Abweichungen angegeben werden. Auf der Grundlage des Berichtes „Gesundheitssportprogramme in Deutschland“ von Brehm et al. (2002) wurden für diese Arbeit die Qualitätskriterien angepasst und durch weitere Literatur ergänzt. Im Hinblick auf die Erstellung von Qualitätskriterien von Bewegungsangeboten ist es unumgänglich das „Modell der Qualität im Gesundheitssport“ auszuschließen. Ausgehend von den Qualitäten im Gesundheitssport die eine Basis für Qualität bei Bewegungsangeboten bilden, beschäftigt sich dieses Kapitel im Weiteren mit den Qualitätskriterien für Bewegungsangebote für Menschen im höheren Erwachsenenalter.

Der Deutsche Sportbund (2005, 2006, S. 66) berichtet in seinem Jahresmagazin, dass im Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft den Breiten und Gesundheitssportprogramme die zentrale Herausforderung gestellt wird um eine verstärkte Dienstleistungsqualität zu schaffen. Es zeigen Studien zur Dienstleistungsqualität im Vereinssport, dass mit zunehmendem Alter die Ansprüche und Erwartungen an die Qualität der Bewegungsangebote im Verein erhöht werden. Die Dienstleistungsqualität gilt ebenso für die Bereiche der Programmgestaltung, der Übungsleiter/innen und der Sportstätten. Doch die infrastrukturellen Bereiche (Verkehrsanbindung, Umkleieräume oder auch die Duschräume) werden ebenfalls an hoher Bedeutung zugeordnet. Wird das Ziel einer langfristigen Bindung der Mitglieder/innen angestrebt so ist die Verbesserung der Dienstleistungsqualität ein Schlüssel für die Etablierung eines strukturierten Qualitätsmanagements.

Nach Tiemann (2006) umfassen Gesundheitssportprogramme:

„.....Spezifische Interventionskonzepte, mit denen die Kernziele von Gesundheitssport Zielgruppen gerecht und möglichst weitgehend evidenzbasiert auf der Income- (Programm/Aktivitäten) und auf der Outcome-Seite (Effekte) angestrebt werden.“ (Tiemann, 2006, S. 278)

Tiemann (2006, S. 278) spezifiziert die Income-Seite von Gesundheitssportprogrammen durch die Sicherung von: einer expliziten Zielgruppenabgrenzung, einer schriftlichen Fixierung des Programms, einer Vernetzung und adäquate institutionelle Bedingungen sowie eine gesicherte Aus- und Fortbildung der Kursleiter/innen. Unter Outcome-Seite kann nach Tiemann (2006, S. 279) sichergestellt werden: die praktische Erprobung der Durchführbarkeit und die Evaluation der Gesundheits- und Verhaltenseffekte.

Die vom Deutschen Sportbund realisierte Studie (Brehm, Bös, Opper & Saam, 2002) zeigte, gab es bis zum Jahr 2000 in Deutschland nur relativ wenige Programme, die die Anforderungen (Qualitätskriterien) zumindest auf eine adäquate „Input-Evidenz“ durchgängig erfüllten. Zieht man weitergehend die Forderungen noch einer „Output-Evidenz“ mit ein, d.h. nach einer Sicherung der Gesundheits- und Verhaltens- Effekte des Programms, dann reduziert sich die Zahl an qualitätsgesicherten Programmen weiter (Brehm, Sygusch & Tittlbach, 2008, S. 43).

### **7.1. Qualitäten von Gesundheitssport**

In der Abbildung 23 ist das Konzept von „Modell der Qualitäten im Gesundheitssport“ im Überblick dargestellt, wobei in dieser Grafik die im Kapitel 6.4 beschriebenen Kernziele von gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten enthalten sind.

Herauszuheben sind in diesem Modell die Abhängigkeiten, da diese die Planung und Durchführung von Interventionen im Feld maßgeblich mitbestimmen. An Bedeutung haben bei diesem Modell die mit Pfeilen markierten „Abhängigkeiten“, da diese die Planung und Durchführung von Interventionen im Feld maßgeblich mitbestimmen. Es ist davon auszugehen, dass eine gezielte Stärkung der physischen Ressourcen als Nebeneffekt zu einer Verminderung von Risikofaktoren ebenso beiträgt wie zu einer problemzentrierten Bewältigung von Beschwerden (Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 27f). Eine Stärkung der psychosozialen Gesundheitsressourcen trägt einerseits zur emotionszentrierten Bewältigung von Beschwerden und zusammen mit der Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen zur Stabilisierung des allgemeinen gesundheitlichen Wohlbefindens bei (Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 28). Andererseits hat eine wirksame Stärkung der psychosozialen Gesundheitsressourcen, zusammen mit Hilfen bei der Bewältigung von Aktivierungsbarrieren, einen zentralen Stellenwert für eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. Schließlich ist auch die Qualität der Bewegungsverhältnisse ein mitentscheidender Faktor für eine langfristige Bindung an gesundheitssportliche Aktivität (Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 28). Zusätzlich wäre zu der Abbildung noch von Brehm, Sygusch und Tittlbach (2008, S. 44) anzumerken, dass Gesundheitswirkungen nur erzielt und erhaltbar sind auf der Basis stabiler Verhaltenswirkungen (z.B. Selbstwirksamkeit: wer nicht davon überzeugt ist, zumindest einmal die Woche körperlich-sportlich aktiv sein zu können, wird eine Empfehlung für mehrmalige körperlich-sportliche Aktivität in der Woche ignorieren. Weiteres setzt eine stabile Verhaltenswirkung eine grundlegende Verhältniswirkung voraus (z.B. Aufbau einer qualitativ hochwertigen Übungsleiter- und Sportlehrerausbildung, oder z.B. Entwicklung evidenzbasierter Gesundheitsprogramme).

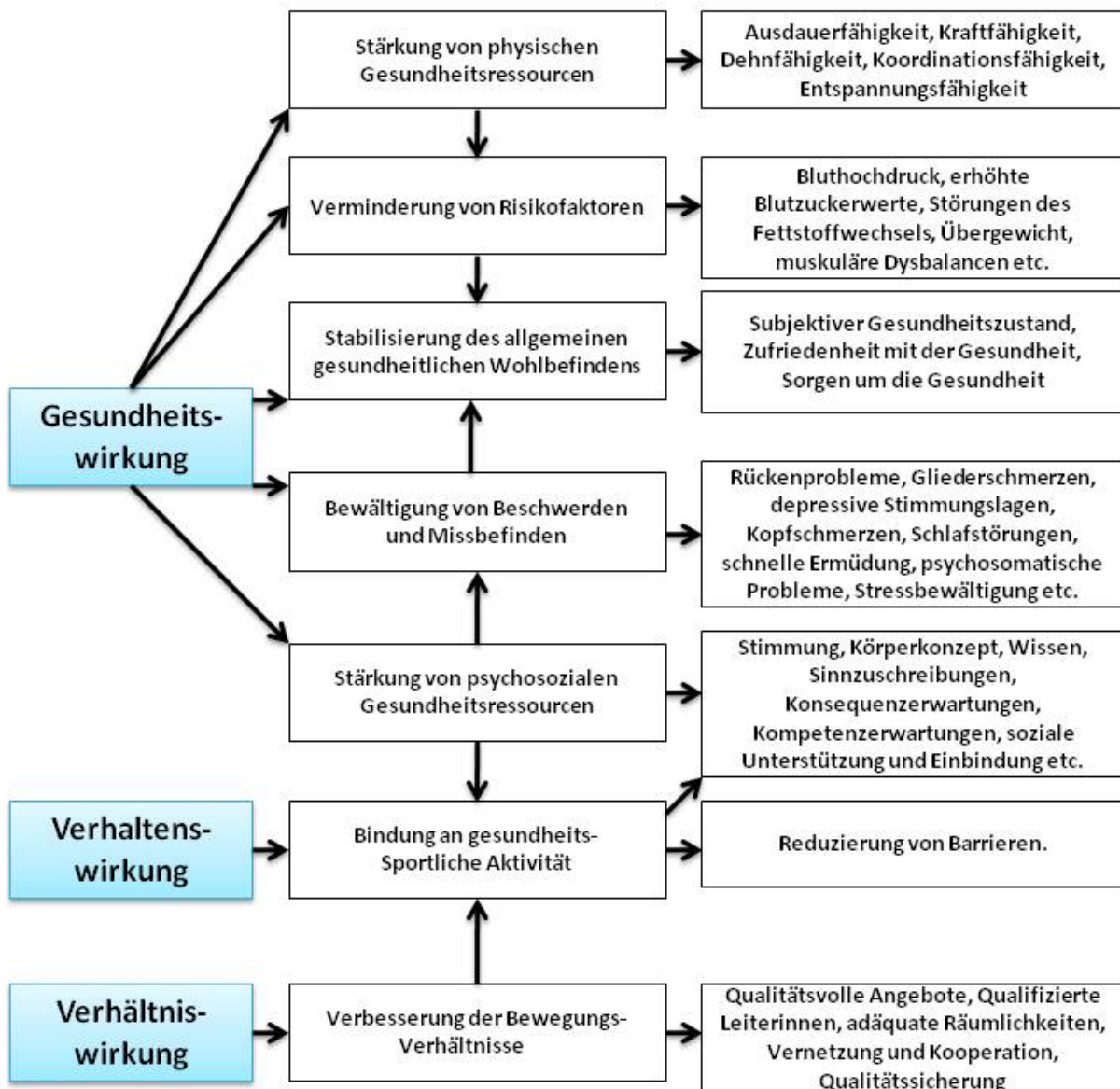


Abbildung 23: Modell von Gesundheitssport (modifiziert nach Brehm et al., 2002, S. 25).

Zusammenfassend von Abbildung 23 können die konkreten Aspekte der Gesundheit, der Verhaltenswirkung und der Verhältniswirkung beschrieben werden, die zusammen an eine Intervention ansetzen und auch die beschriebene Wirkung erwartet werden kann (Brehm et al., 2006b, S. 34). Dieses Modell der Qualitäten von Gesundheitssport wurde von den Sportverbänden (DTB und DSB) wie auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Festlegung von Qualitätskriterien übernommen (Brehm et al., 2006b, S. 34). Zusätzlich zu diesem Modell ergänzen Tiemann, Brehm und Sygusch (2004, S. 251) die *Kostenwirkung*, als einen zusätzlichen kostenrelevanten Parameter wie die Reduzierung der Arztkontakte, des Medikamentenkonsums und auch der physiotherapeutischen Beanspruchung.

## **7.2 Qualitätskriterium: Zertifizierung / Qualitätssiegel**

Zertifizierungssysteme versuchen die Leistungserbringung möglichst nach den definierten Zielen zu überprüfen (Schüle & Huber, 2000, S.133). Durch eine verstärkte Prozessorientierung setzen Zertifizierungen folgende Kriterien voraus:

- Einheitliche Denkweise über Qualität
- Eine funktionierende externe sowie interne Kommunikation
- Verbindung der Ziele in einem Gesamtsystem (Schüle & Huber, 2000, S.134).

Gesundheitssport ist in den letzten Jahren zu einem wichtigen Sektor herangewachsen. Gleichzeitig sind die Anforderungen der Qualitätspolitik an das Gesundheitssystem und auch der Teilnehmer/innen hinsichtlich der Qualität der Angebote gestiegen (Hartmann, Oppen, Stein & Sudermann, 2004, S. 219). Nach den betonten Kriterien von Schüle und Huber (2000) haben die Sportorganisationen auf die erhöhten Anforderungen der Qualität reagiert und Qualitätssiegel eingeführt. Diese Qualitätssiegel sollten durch eine Vereinheitlichung der Standards den Teilnehmer/innen eine hohe Qualität der Angebote sicherstellen sowie den Krankenkassen eine erwiesene Kompetenz darstellen (Hartmann et al., 2004, S. 219; Brehm, 2006, S.258).

Die vorliegenden Qualitätssiegel sollen einen Überblick über den aktuellen Stand im Bereich der Qualitätsstandards darlegen. Es gilt nicht nur diese zu definieren, sondern unter dem Aspekt der Qualitätssicherung auch einzuhalten. Diese Qualitätssiegel bedeuten eine Vereinheitlichung und Standardisierung eines Qualitätsmanagement im Sport und Gesundheitsbereich. Die folgende Auflistung wurde sorgfältig in den angegebenen Adressen recherchiert und bearbeitet. Aufgrund der ausführlichen Ausarbeitung der Qualitätssiegel, wurden sie, für diese Arbeit herangezogen. Die Abbildung 24 stellt einen Überblick der Gütesiegel im Bereich der Gesundheitsförderung in Deutschland und in Österreich dar. In weiterer Folge werden in Abbildung 25 die Gütesiegel analysiert und genauer betrachtet. Es gilt nicht diese zu bewerten, sondern eine genaue Konkretisierung und Auflistung der Anforderungen von Qualitätskriterien zu veranschaulichen.





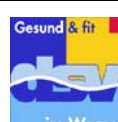







Kapitel	Land	Gütesiegel	Kontakt	Gütesiegel	Quelle:
7.2.1	Deutschland	Pluspunkt Gesundheit	<a href="http://www.sportprogesundheit.de">www.sportprogesundheit.de</a>		Zugriff am 12.07.2010 unter <a href="http://www.sportprogesundheit.de">http://www.sportprogesundheit.de</a>
7.2.2	Deutschland	Sport pro Gesundheit	<a href="http://www.sportprogesundheit.de">www.sportprogesundheit.de</a>		Zugriff am 12.07.2010 unter <a href="http://www.sportprogesundheit.de">http://www.sportprogesundheit.de</a>
7.2.3	Deutschland	Sport pro Fitness	<a href="http://www.sportprofitfitness.de">www.sportprofitfitness.de</a>		Zugriff am 07.07.2010 unter <a href="http://www.richtigfit.de/index.php?id=downloads">http://www.richtigfit.de/index.php?id=downloads</a>
7.2.4	Deutschland	Sport pro Reha	<a href="http://www.sportproreh.at">www.sportproreh.at</a>		Zugriff am 12.07.2010 unter <a href="http://www.richtigfit.de/index.php?id=downloads">http://www.richtigfit.de/index.php?id=downloads</a>
7.2.5	Deutschland	Gesund und Fit im Wasser	Deutscher Schwimm- Verband <a href="http://www.dsv.de">www.dsv.de</a>		Zugriff am 07.07.2010 unter <a href="http://www.dsv.de">http://www.dsv.de</a>
7.2.6	Österreich	Fit für Österreich	<a href="http://www.fitfueroesterreich.at">www.fitfueroesterreich.at</a>		Zugriff am 17.07.2010 unter <a href="http://www.fitfueroesterreich.at">http://www.fitfueroesterreich.at</a>

Abbildung 24: Übersicht der behandelten Gütesiegel von Österreich und Deutschland (eigene Recherchen).

Qualitätskriterien		Pluspunkt Gesundheit	Sport pro Gesundheit	Sport pro Reha	Sport pro Fitness	Gesund & fit im Wasser	Fit für Österreich	Fit bis ins hohe Alter
								kein Logo
1	Zielgruppengerechtes Angebot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sport pro Fitness kann nicht für diese Standards übernommen werden, da die Zertifizierung durch ein Punktesystem vorgenommen wird. Die Qualitäts-Kriterien lassen sich kaum für diese Beurteilung übernehmen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Angebotsbeschreibung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Zielgruppenbeschreibung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>
	Standartisierte Programme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>
	Evaluierte Programme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe		<input checked="" type="checkbox"/>	nicht explizit angegeben	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Übungsleiter/innen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Qualifikationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Eigene Ausbildung für das Gütersiegel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	keine Angabe
	Fortbildungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe
	Nachweis der Fortbildungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	keine Angabe
3	Einheitliche Organisationsstruktur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>
	Teilnehmerzahl	max. 20 TN	max. 20 TN	max. 15 TN		max. 20 TN	nicht explizit angegeben	max.15
	Dauer der Einheit	min 60 minuten	min 60 minuten	keine Angabe		min 60 minuten	nicht explizit angegeben	60 min
	Angabe über die Raum/Saalgröße	nein	nein	angemessene Sportstätte		nein	nein	min. 100m <sup>2</sup>
	Dauer des Programms	min. 10 ; max. 15 Einheiten	min. 10 ; max. 15 Einheiten	min. 1 x pro Woche		min. 10 ; max. 15 Einheiten	min 12 Einheiten	12 Einheiten
4	Präventiver Gesundheits-Check	Gesundheits-vorsorge-untersuchung nach Empfehlung	Gesundheits-vorsorge-untersuchung nach Empfehlung	Die Teilnahme am Reha-Sport bedarf der Verordnung durch den Arzt.		Gesundheits-vorsorge-untersuchung nach Empfehlung	Gesundheits-vorsorge-untersuchung nach Empfehlung	Gesundheits-vorsorge-untersuchung nach Empfehlung
	Situationsanalyse	PAR-Q Test	PAR-Q Test	nein		PAR-Q Test	nein	keine Angabe






Qualitätskriterien		Pluspunkt Gesundheit	Sport pro Gesundheit	Sport pro Reha	Sport pro Fitness	Gesund & fit im Wasser	Fit für Österreich	Fit bis ins hohe Alter
								kein Logo
5	Qualitätsmanagement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe	keine Angabe
	Qualitätssicherung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Qualitätszirkel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	keine Angabe
	Qualitätsaudits	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe		<input checked="" type="checkbox"/>	nein	keine Angabe
	Teilnehmerbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe		<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf	keine Angabe
6	Kooperation / Netzwerke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	vor allem mit den Ärzten		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Beschreibung der Setting	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	keine Angabe		<input checked="" type="checkbox"/>	nicht in den Qualitätskriterien	<input checked="" type="checkbox"/>
	Gültigkeitsdauer	2 Jahre	2 Jahre	keine Angabe		2 Jahre	1 Jahr	keine Angabe
	Automatische Verlängerung	nein	nein	keine Angabe		nein	nein	keine Angabe
	Kontrolle der Ausbildungsunterlagen	ja	ja	ja		ja	nein	ja
7	Informationen über Ziele der Bewegungsangebote oder anderes gesundheitsbezogenes Wissen	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe		keine Angabe	Broschüren von den Übungsleiter/innen ausgeteilt	Durch Hausaufgaben werden zusätzliche Informationen deutlich
8	Angebote im Internet ersichtlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nein		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
	Internetadresse	www.dtb-online.de	www.sportprogesundheit.de	www.sportproreha.de		www.dsv.de	www.fitfueroesterreich.at	nein
	Postleitzahleingabe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nein		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
	Suche nach Angebotstyp	<input checked="" type="checkbox"/>	nein	nein		nein	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
	Genaue Beschreibung der Kurse	nein	nein	nein		nein	<input checked="" type="checkbox"/>	nein

Abbildung 25: Analyse der Gütesiegel (eigene Grafik).

### 7.2.1 Pluspunkt Gesundheit

Der Deutsche Turnerbund (DTB) hat im Jahr 1994 als erste Sportorganisation das Qualitätssiegel Pluspunkt Gesundheit für präventive Gesundheitssportangebote im Verein geschaffen (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 5). Mit der Einführung des Qualitätssiegels von „Sport pro Gesundheit“ im Jahr 2000 wurden alle „Pluspunkt Gesundheit“ Präventionsangebote automatisch auch mit dem „Sport pro Gesundheit“ ausgezeichnet. Durch diese zusätzliche Auszeichnung wurden die bestehenden Angebote auch durch die Kooperation von Bundesärztekammer und den Krankenkassen unterstützt (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 14).

**Tabelle 5: Qualitätskriterien: Pluspunkt Gesundheit / Sport pro Gesundheit / Gesund und Fit im Wasser**

1. Zielgruppengerechtes Angebot	<ul style="list-style-type: none"><li>• Standardisierte und evaluierte Kursprogramme</li><li>• Rahmenkonzept</li><li>• Angebotsprofil</li><li>• Zielgruppe</li></ul>
2. Qualifizierte Leitung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Übungsleiterausbildung „Sport in der Prävention“ 2. Lizenzstufe</li></ul>
3. Einheitliche Organisationsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teilnehmerzahl</li><li>• Rhythmus und Dauer der Angebote</li></ul>
4. Präventiver Gesundheits-Check	<ul style="list-style-type: none"><li>• PAR-Q<sup>5</sup> Test Empfehlung ab dem 18. Lebensjahr</li><li>• Gesundheitsvorsorgeuntersuchung ab dem 35. Lebensjahr empfohlen</li></ul>
5. Begleitendes Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualitätszirkel</li><li>• Erreichung der Ziele</li></ul>
6. Der Verein als Gesundheitspartner	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kooperation und Vernetzung mit anderen Organisationen und Institutionen</li></ul>

Quelle: Deutsche Turnerbund (2008, S. 15-17)

---

<sup>5</sup> Der PAR-Q-Test (Physical Activity Readiness Questionnaire) ist ein Fragenkatalog, mit dem sich auf einfache Weise feststellen lässt, ob aus medizinischer Sichtweise grundsätzliche Bedenken bei der Ausübung von körperlichen Aktivitäten bestehen. Die Fragen werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Deutscher Turnerbund (2005) Zugriff am 31.08.2010 unter [http://www.dtb-online.de/portal/fileadmin/user\\_upload/dtb.redaktion/Internet/PDFs/GYMWELT/Gesundheitssport/Pluspunkt\\_Gesundheit/Formular\\_PAR-Q.pdf](http://www.dtb-online.de/portal/fileadmin/user_upload/dtb.redaktion/Internet/PDFs/GYMWELT/Gesundheitssport/Pluspunkt_Gesundheit/Formular_PAR-Q.pdf)

Anzumerken ist, dass das Qualitätssiegel „Pluspunkt Gesundheit“, „Sport pro Gesundheit“, und „Gesund und Fit im Wasser“ ident sind und deswegen nur in diesem Kapitel beschrieben werden.

Standardisierte Programme sind Kursprogramme, bei denen die einzelnen Stunden inhaltlich genau beschrieben sind. Diese Stundeninhalte sind in entsprechenden Kursleitermanuals festgehalten. Evaluert bedeutet, dass das jeweilige Programm bei den Teilnehmer/innen auch überprüft worden ist (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 59). Wenn es sich nicht um ein standardisiertes Programm handelt, muss ein *Rahmenkonzept* vorliegen, in dem insbesondere Angebotsprofil, Ziele, Inhalte und Methoden des Angebotes, sowie die Vermittlung von Information und Rückmeldung der Teilnehmer/innen beschrieben werden (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 15). Zusätzlich muss das *Angebotsprofil* in einem der Bereiche „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“, „Entspannung/Stressbewältigung“, oder „Allgemeiner Präventionssport“ zugeordnet werden (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 15). Die Zielgruppe muss folgenden Einteilungen unterliegen: „Kinder und Jugendliche“, „Erwachsene“ oder „ältere Menschen“ (Sport pro Gesundheit, Zugriff am 31.08.2010). Der/die Leiter/in eines Gesundheitssportprogramms muss die Ausbildung „Sport in der Prävention“ auf der 2. Lizenzstufe verfügen. Explizit wird im Deutschen Turnerbund (2008, S. 15) darauf hingewiesen, dass mit diesem Erwerb der Lizenz der Ausbildungsprozess nicht abgeschlossen ist, sondern mit regelmäßigen Fortbildungen aktualisiert wird. Die Teilnehmerzahl ist auf maximal 20 Teilnehmer/innen je Angebot begrenzt. Es werden Einstiegskurse und Aufbaukurse angeboten, die mindestens 10 und maximal 15 Kurseinheiten dauern (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 16). Im Bezug auf das Qualitätskriterium „Begleitendes Qualitätsmanagement“ wird dabei gesorgt, dass die Kernziele erreicht werden. Dazu gehören Qualitätszirkel, Teilnehmerbefragungen, Begleituntersuchungen oder Qualitätsbewertungen (Audits) (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 17). Als letztes Qualitätskriterium stellt die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit den örtlichen Partner im Gesundheitsbereich in einem Netzwerk zu arbeiten. Es gilt für den Verein mit Ärzten, Schulen, Seniorenorganisationen, Gesundheitsämter, Krankenkassen zu kooperieren (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 17f).

### **7.2.2 Sport pro Gesundheit**

Das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ wurde im Jahr 2000 vom Deutschen Sport Bund (DSB) gemeinsam mit dem (DTB) und der Bundesärztekammer eingeführt (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 14). Sport pro Gesundheit wurde als Dachmarke für gesundheitsorientierte Vereinsangebote eingeführt und damit eine für alle Sportverbände gültige Vorgehensweise hinsichtlich der Zertifizierung von Gesundheitssport-Angeboten

festgelegt (Hartmann et al., 2004, S. 219). Das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ gleicht dem Gütesiegel von „Pluspunkt-Gesundheit“ und wird deswegen nicht nochmals erwähnt.

### 7.2.3 Sport pro Fitness

Das Qualitätssiegel „Sport pro Fitness“ ist speziell für vereinseigene Gesundheits- und Fitnessstudios gedacht und wurde vom DOSB (Deutschen Olympischen Sportbund), dem DTB (Deutschen Turnerbund) und dem Bundesverband Deutscher Gewichtheber (BVDG) initiiert. Zugriff am 2.10.2010 unter [www.sportprofitfitness.de](http://www.sportprofitfitness.de).

**Tabelle 6: Qualitätskriterien: Sport pro Fitness**

1. Qualifikation des Leitungs- und Trainingspersonals
2. Sportfachliche Betreuung
3. Geräteausstattung
4. Räumliche Bedingungen
5. Service
6. Umweltkriterien

Quelle: Zugriff am 2.10.2010 unter [www.sportprofitfitness.de](http://www.sportprofitfitness.de)

Die Verleihung des Qualitätssiegels setzt eine Vorortprüfung für den Verein voraus. Werden die Standards nachgewiesen, erhält der Betreiber das Zertifikat (Zugriff am 2.10.2010 unter [www.sportprofitfitness.de](http://www.sportprofitfitness.de)) Durch die unterschiedliche Betrachtung der Standards kann dieses Siegel für die Bewertung nicht übernommen werden sondern es werden im folgenden Abschnitt Ansatzpunkte für Kriterien diskutiert.

Für diese Arbeit als relevant erscheinen die genaue Betrachtung der Umweltkriterien der Bereich von Service und räumliche Bedingungen. Im Qualitätskriterium räumliche Bedingungen sind unter anderem auch Mindeststandards von Sanitärbereich oder auch Trainingsraum gegeben. Diese genauen Beschreibungen fehlten bei den anderen Gütesiegeln und könnten sicherlich ein weiterer Aspekt für die Qualitätsfestlegung von Bewegungsangeboten sein. Der Bereich Service beinhaltet Probetraining, besondere Angebote, ärztliche Beratung mit einem Kooperationsarzt usw. Einige dieser Qualitätskriterien sind ebenfalls auch auf die Bewegungsangebote zu übertragen. Gerade für die ausgewählte Zielgruppe im höheren Erwachsenenalter könnte ein Kooperationsarzt ein wichtiger Aspekt für Qualität sein. Das Qualitätskriterium Umweltkriterien wurde bei den anderen Siegeln nicht miteinbezogen. Umweltkriterien sind z.B. Gebäude, energieeffizientes Heizen, Ressourcenschonung. In Anbetracht der steigenden Popularität von erneuerbaren Energien (ökologisches Heizen, Wohnraumlüftung, Photovoltaikanlagen) könnte dieses Qualitätskriterium in ferner Zukunft auch bei den anderen Gütesiegeln in Verwendung kommen. Denn die Qualität des „*subjektiven Wohlfühlens in Gebäuden*“

könnte als weiteres Qualitätskriterium miteinbezogen werden. Schütte (2003, S. 295) bestätigt dieses Kriterium von Räumlichkeiten, die für die Besucher speziell in kommerziellen Fitness-Anlagen als überdurchschnittlich wichtig angesehen wird.

#### **7.2.4 Sport pro Reha**

Der Deutsche Sportbund (DSB) und der Deutsche Behindertensportverband (DBS) ermöglichen durch das Qualitätssiegel Sport pro Reha die Teilnahme am Sport im Prozess der Rehabilitation. Sport pro Reha und Sport pro Gesundheit repräsentieren zusammen ein Gesamtpaket unterschiedlicher Bewegungsprogramme unter dem Dach von DSB mit seinen Landessportbünden, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Behindertensportverband, dem Deutschen Turner-Bund und anderen Sport pro Reha befassenden Organisationen (DSB, DBS, 2002, S.3). Da dieses Siegel für Programme vergeben wird die in Verbindung im Rehabilitationssport und für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen steht, wurde dieses Siegel in Betracht genommen.

**Tabelle 7: Qualitätskriterien: Sport pro Reha**

1. Ganzheitliche Zielsetzung
2. Zielgruppengerechte Inhalte
3. Ärztliche Verordnung und Betreuung
4. Qualifizierte Leitung
5. Adäquate organisatorische Rahmenbedingungen
6. Hilfe zur Selbsthilfe
7. Qualitätssicherung und Evaluation

Quelle: DSB (2002, S.2)

#### **7.2.5 Gesund und Fit im Wasser**

Das Gütesiegel „Gesund und Fit im Wasser“ wurde 1997 vom Deutschen Schwimm-Verband entwickelt (Hartmann, Oppen & Sudermann, 2005, S.81). Nach der Beschreibung unter [www.dsv.de](http://www.dsv.de) (Zugriff am 02.09.2010) war der Deutsche Schwimmverband in der Entwicklung des sportartenübergreifenden Gütesiegels Sport pro Gesundheit eingebunden, um die Sportarten miteinander zu vernetzen. Für die Vergabe wurden gemeinsame und verbindliche Kriterien (siehe Kapitel 7.2.1, Kriterien für Sport pro Gesundheit und Pluspunkt Gesundheit) festgelegt. Grund dafür war eine Vereinheitlichung der Qualität auf Bundesebene. Schwimmvereine und Schwimmabteilungen erhalten seit der Einführung von Sport pro Gesundheit beide Zertifikate (Zugriff am 02.09.2010 unter [www.dsv.de](http://www.dsv.de)). Hinsichtlich der Qualitätskriterien konnte keine eigenständige Information recherchiert werden, es gelten die Qualitätskriterien von „Sport pro Gesundheit“.

## 7.2.6 Fit für Österreich

Im Rahmen der Aktion „Fit für Österreich“ besteht die Möglichkeit für Vereine, bestimmte Angebote mit einem Qualitätssiegel auszeichnen zu lassen. „Fit für Österreich“ ist eine Initiative des Sportministeriums, der österreichischen Bundes – Sportorganisation und der Sport-Dachverbände ASKÖ, ASVÖ und Sportunion (Fit für Österreich, 2010, S. 5).

**Tabelle 8: Fit für Österreich - Qualitätskriterien**

1. Qualifizierte Übungsleiter/innen
2. Qualifizierte Programme
3. Medizinische Untersuchung
4. Information
5. Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit
6. Qualitätssicherung und Dokumentation
7. Service des Vereins

Quelle: Fit für Österreich (2008, S.1-6)

Wie auch bei den anderen Gütesiegeln steht der/die Übungsleiter/in in einem wichtigen Schnittpunkt von Verein und Kunden/innen. Es werden Aus- und Fortbildungen angeboten, die nach der Beschreibung des Gütesiegels keine weitere Kontrolle oder Zertifikate benötigen. Die Auflistung der Ausbildung reicht von Sportwissenschaftler/in (Mag.) bis hin zum/zur Sportstudent/in (Fit für Österreich, 2008, S. 1). Die Programme werden unter folgenden Schwerpunktsetzungen/ Zielsetzungen beschrieben: 1) ausdauerförderndes Training für das Herz-Kreislauf-System, 2) kräftigendes Training für den Bewegungsapparat, 3) koordinatives Training / Beweglichkeitstraining, 4) ganzheitliches Training. Für das Qualitätskriterium „Medizinische Untersuchung“ werden Gesundenuntersuchungen empfohlen vor allem ab dem 35. Lebensjahr. „Qualitätskriterium Information“ wird darin beschrieben, dass von den Übungsleiter/innen gesundheitsrelevante Broschüren ausgeteilt werden. Durch das Qualitätskriterium „Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit“ wird versucht durch Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfe von örtlichen Partnern (Ärzten, Apotheken, Schulen usw.) den Sport auch als Dienstleister zu präsentieren (Fit für Österreich, 2008, S. 4). Qualitätssicherung wird von Fit für Österreich mit einem Fragebogen für die Teilnehmer/innen gewährleistet. Es besteht die Möglichkeit bei Bedarf, das heißt wenn das Angebot für eine Untersuchungsstichprobe ausgewählt wird, diesen Fragebogen auszuteilen. Das letzte Qualitätskriterium des Gütesiegels wird mit „Service des Vereins“ definiert und beinhaltet eine qualifizierte Vereinsführung. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass jeder Verein der mit einem „Fit für Österreich“ – Angebot ausgezeichnet ist, eine Ansprechperson für etwaige Anliegen, Fragen, Kundenanliegen zur Verfügung steht. (Fit für Österreich, 2008, S. 5).

Anzumerken ist, dass in den Broschüren der Bewegungsangebote (für jedes Bundesland eine eigene Broschüre) die pro Semester erscheint, eine Beschreibung der Zielgruppe zu finden ist. Die Zielgruppen lassen sich nach: Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren einteilen. Die Einteilung der Beschreibung der gesundheitsfördernden Programme bzw. auch Zielsetzungen ist in den Broschüren anderes angegeben als im Gütesiegel anzutreffen ist. Der Suchvorgang geht nach den Zielen der jeweiligen Person aus und beschränkt nicht in vorgegebene Programme und Altersgruppen.

### **7.2.7 Zertifizierung durch eine Qualitätssicherungsinstitution**

Fehres und Pauly (2006, S. 294) sprechen im Hinblick auf die Prüfung und Bewertung von Gesundheitssportangeboten einer Evidenzbasierung die an gewisse Voraussetzungen und Standards gebunden ist. Eine Mindestanforderung sehen Fehres und Pauly (2006) eine hohe Qualität der Strukturen und Prozesse (Input-Seite). Eine maximale Forderung sehen die Autoren unter einer randomisierten kontrollierten Studie die auch unter Ergebnisevidenz oder (Output-Seite) einzuteilen ist. Solche Studien können nur von unabhängigen Wissenschaftler/innen durchgeführt werden.

Der Deutsche Turnerbund hat in seinem Programm erprobte und evidenzgesicherte Übungseinheiten (Fehres & Pauly, 2006, S. 294). Fehres und Pauly (2006) stellen sich nun die Fragen: Wer die Programme prüft und für gut befindet? Und ob der DTB seine Programme prüft und sie gleichzeitig mit seinem Gütesiegel auszeichnet? Auf diese Fragen inwieweit die Qualitätssicherung durch eine eigene Bewertung der Institution garantiert ist, stellen die Autoren in den Raum. Denn es ist leicht etwas zu entwickeln und gleichzeitig auf deren Gültigkeit zu bewerten. Deswegen sehen Fehres und Pauly (2006, S. 294) eine Möglichkeit eine unabhängige übergreifende Qualitätssicherungsinstitution einzurichten, die nach den Autoren eine weitere Qualitätssicherung beitragen würde.

Folgende Aufgaben würde eine Akkreditierungsagentur erfüllen:

- Die Entwicklung und Evaluation von Standards für Gesundheitssportprogramme
- Die Festlegung der Qualität von Gesundheitssportprogrammen auf der Grundlage transparenter Standards betreiben (Programmzertifizierung)
- Hilfestellung leisten bei der Strukturentwicklung in der Gesundheitsförderung durch Gesundheitssport (auch Ausbildungskonzepte) (Fehres & Pauly, 2006, S. 294).

Die Bemühungen von Institutionen des Gesundheitswesens (Krankenkassen, ärztliche Vereinigungen) eine Absicherung von einem qualitätsgesicherten Programm zu bekommen, könnten durch eine selbständige Agentur eine Zertifizierung herangezogen werden. Die Arbeit dieser Zertifizierungsagentur könnte sich als notwendige Ergänzung

zum Deutschen Turner-Bund eignen, um eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitssystem zu erreichen (Fehres & Pauly, 2006, S. 295).

### **7.3 Qualitätskriterium: Zielsetzungen**

Nach Oppert et al. (2006, S. 156) sind Zielsetzungen, konzeptionelle und begründete Vorgaben, die auch umsetzbar und erreichbar sein sollen. In Anlehnung der „*Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986*“ wurde ein positives Verständnis von Gesundheit in den Vordergrund gestellt, mit der gezielten Förderung der physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsressourcen. Genau diese geforderte Gesundheitsförderung der Gesundheitsressourcen vereint die im Kapitel 6.4 beschriebenen Kernziele von gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten sowie die im Kapitel 7.1 Qualität von Gesundheitssport.

Die Kernziele in den Bewegungsangeboten müssen nach Oppert et al. (2006, S. 155f) konsequent und konsistent mit zieladäquaten Inhalten, Bausteinen, Methodik und Trainingslehre angesteuert werden um eine möglichst weitgehende Evidenz auf der Input-Seite (Programme/Aktivität) und auf der Output-Seite (Effekte) zu ermöglichen. Nach Brehm et al. (2002, S. 58) geben im Bericht „Gesundheitssportprogramme in Deutschland“ 100 % der Verbände und 75% der Vereine an, dass mit Hilfe der Programme alle Kernziele gesundheitsorientierter Sportprogramme angestrebt werden. Es sollen psychische, physische und soziale Gesundheitsressourcen gestärkt und Risikofaktoren gemindert werden. Eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivitäten sollte aufgebaut sowie Beschwerden und Missbefinden bewältigt werden. Als ausbaufähig sehen die Autoren Brehm et al. (2002, S. 59), dass die Zielsetzungen der Gesundheitssportprogramme konsequent und zieladäquat angesteuert werden müssen. Soziale Unterstützung bzw. Stärkung sozialer Einbindung sehen sie ebenso wichtig als die Initiierung von Stimmungsmanagement.

### **7.4 Qualitätskriterium: Zielgruppen (Abgrenzung, Ausschlusskriterien)**

Hartmann et al. (2005, S. 70) erwähnen, um qualitativ hochwertige Gesundheitssport-Angebote unterbreiten zu können, müssen die Kernziele (Kapitel 6.4) angesteuert werden. Um diese Ziele erreichen zu können bedarf es der Festlegung der Zielgruppen. Oppert et al. (2006, S.156f) unterteilen in zwei große Zielgruppen für Interventionen durch Gesundheitssport. Die erste Gruppe besteht aus Personen mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und Wiedereinsteiger, hingegen die zweite Gruppe Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs und im psycho-somatischen Bereich. Eine weitere Abgrenzung der Zielgruppe lässt sich in Brehm et al. (2002, S. 40f) finden.



Die Autoren differenzieren die Zielgruppen nach *präventiver Ausrichtung* (vorbeugend, festigend/beseitigend oder wiederherstellend), *symptombezogen* (auf ein Krankheitsbild gerichtet), *umfeldbezogen* (Betrieb, Kommune, Gesellschaft usw.) sowie *Alter und Geschlecht* der Teilnehmer/innen. Röger (2005, S. 30) ist der Meinung, dass die Verwendung einer einzigen kalendarischen Altersgrenze als Kriterium für die Abgrenzung der Zielgruppe für eine seniorensportliche Interventionsmaßnahme – wie z.B. 50 Plus des Deutschen Turnerbundes, der Vielfalt der älteren Menschen nicht gerecht wird. Weiteres ergänzt Röger (2005, S. 31) die Differenzierungen nach physischen, psychischen, sozialen bzw. spezifischeren chronologischen Kriterien, da die individuellen Unterschiede für Senioren ganz besonders im Sportbereich zu berücksichtigen und im Rahmen der Zielgruppenfestlegung zu gestalten sind. Röger (2005, S. 23f) führt als Beispiel eine Definition im Sinne der biologischen Altersdefinition. Es könnten spezifische Parameter der körperlichen Leistungsfähigkeit bzw. des Gesundheitszustands als Abgrenzungskriterium für die Zielgruppe herangezogen werden. Die Ermittlung des Leistungszustands- bzw. Gesundheitszustands kann in Form von sportmotorischen Tests die einzelnen Teilqualifikationen diagnostiziert werden. Wie auch bei dem Projekt „Gesund & Bewegt“ von Lames und Kolb (1997, S. 127) die in der Studie in der Eingangs und Schlussveranstaltung jeweils eine motorische Testbatterie durchgeführt haben. Röger (2005, S. 24) sieht dabei die Möglichkeit eine Zielgruppenabgrenzung durchzuführen, wobei eine bessere Programmgestaltung für die Zielgruppe und damit einer Verringerung der Möglichkeit der Über- oder Unterforderung von Teilnehmern/innen besteht.

Eine weitere Abgrenzung erwähnt Röger (2005, S. 24) psychische Zustände von Teilnehmern/innen – wie beispielsweise Depressionen oder Ängste – oder auch bestimmte Lebensereignisse – wie die Pension oder auch Verwitwung. Beispielsweise geht der DTB (2005, S. 17) bei Hochaltrige von unterschiedlichen Funktionsweisen aus und beschreibt die Zielgruppen in Gruppe von 1 bis 3

1. Gruppe: vollständig mobil (selbständiges Kommen zum Sport in die Turnhalle oder Bewegungsraum)
2. Gruppe: selbständig mobil im Stand, (kann sich auf den Boden legen, ev. Geräte oder Personenhilfe, selbständiges Kommen zum Sport in die Turnhalle oder Bewegungsraum)
3. Gruppe: selbständig mobil im Sitzen, ev. mit Gerätehilfe (meist eine Kooperation mit Altenhilfe- bzw. Altenpflegeeinrichtung, Sport findet dann in solchen Einrichtungen statt)

Nach Walter et al. (2001, S. 25; in Hartmann, Opper & Sudermann, 2005, S. 71) beginnt Qualitätsmanagement bei der Festlegung von Zielen und der Auswahl der Zielgruppen. Zusammenfassend zu der Thematik Zielgruppe sehen Fehres und Pauly (2006, S. 293) die Herausforderung in den nächsten Jahre die Ziel- und Altersgruppen gezielt abzugrenzen und dabei auch spezifische Risikofaktoren zu berücksichtigen sowie qualitätsgesicherte Programme für ältere Menschen zu entwickeln.

### **7.5 Qualitätskriterium: Situationsanalyse**

Eine weitere Möglichkeit eine Zielgruppe zu bewerten beschreibt Trojan (2001, S. 55) damit, dass eine angemessene und vollständige Situationsanalyse als Ausgangspunkt eines Programms vorangehen sollte. Eine Situationsanalyse ist nach Trojan (2001, S. 55) ein Gesundheitsbericht mit den dazugehörigen Indikatoren der die Ausgangssituation messen soll. Aus dem Health Promotion International von Leger (1999; in Trojan, 2001, S. 55) gibt es doch im Bereich der Gesundheitsförderung noch keine abschließende, befriedigende Lösung für dieses Qualitätsproblem. Als Möglichkeit erwähnt Trojan (2001, S. 55) als Indikator der Situationsanalyse die Bedürfnisse und Wünsche der Kunden/innen zu ermitteln, die im Rahmen einer kontinuierlichen Berichterstattung erfolgen. Oschütz und Bêlinová (2003, S.153) berichten aus der Trainingswissenschaft, dass vor allem die biologische Dimension des Alternsprozesses berücksichtigt wird, die anhand von körperlichen Leistungstests verdeutlicht werden kann. Die Autoren sprechen von einer unterschiedlichen Leistungsfähigkeit innerhalb der Entwicklungsabschnitte der gesamten Lebensspanne. Das bedeutet: ein 60-Jähriger kann „jünger“ sein als ein 40-Jähriger. Als Situationsanalyse des biologischen Alters im Erwachsenenalter werden in der Sportwissenschaft Leistungstests durchgeführt. Zu diesen Methoden zählen nach Oschütz und Bêlinová (2003, S.154) Fahrradergometrie, Walkingtest, Muskelfunktionsdiagnostik, Reaktionszeitmessung (optisch/ akustisch), Hand und Fußtapping. Die sogenannte „Leipziger Testbatterie“ nach (Pöthig, 1983; in Oschütz & Bêlinová 2003, S.155) integriert zur Feststellung des biologischen Alters auch psychische und soziale Aspekte etwa durch Konzentrationstests und durch die Bewertung der sozialen Kontakte. Wie auch in der Zielgruppenabgrenzung von Röger (2005, S. 24) werden sportmotorische Tests zur Ermittlung des Leistungszustandes- bzw. Gesundheitszustands herangezogen.

Diese trainingswissenschaftlichen Parameter könnten auch zur Eingangsdiagnostik für Sport und Bewegungsprogramme eingesetzt werden, um einen gesundheitlichen Ist-Zustand der Teilnehmer/innen zu beurteilen. Weiteres könnte die erwähnte Testbatterie am Anfang und am Ende einer Intervention einen Trainingserfolg beurteilen.

## 7.6 Qualitätskriterium: Programmstruktur

Im Folgenden Qualitätskriterium Programmstruktur werden einige Programme / Projekte vorgestellt die in der Literatur als „Vorgabekriterien einer Programmstruktur“ für ein gesundheitsorientiertes Bewegungsprogramm angegeben werden. Aufgrund der Vielfalt der Programme und Projekte werden vier näher beleuchtet und beschrieben. Um die unterschiedlichsten Angebote zu veranschaulichen werden sie in der folgenden Tabelle aufgelistet aber nicht weiter behandelt. Diese Sammlung basiert auf Eigenrecherchen und kann nicht auf deren Vollständigkeit gesichert werden.

Opper et al. (2006, S.157) fordern eine hohe Strukturierung von Gesundheitsportprogrammen die nach ihrem Vorschlag durch strukturierte Vorgaben und Module erreicht werden kann. Die Programmstruktur hat nach Brehm et al. (2002, S. 41) einen direkten Bezug zu den Zielsetzungen und zur Zielgruppe eines Programms.

Bereiche werden nach Brehm et al. (2002, S. 41) eingeteilt:

**Tabelle 9: Programmstruktur**

- 
- Inhalt
  - Dauer
  - Anzahl pro Woche
  - Strukturierung durch Bausteine des Programms sowie Sequenzen
  - Mindest- und Maximalanzahl der TeilnehmerInnen
  - Räumliche Bedingungen
  - Ausstattung durch Geräte
  - Durchführung von Tests
- 

Quelle: Brehm et al. (2002, S. 41)

„Der Programmstruktur kommt bei der Bewertung des gesundheitsorientierten Sportprogramms eine wichtige Bedeutung zu, da von ihr in hohem Maße die Erreichung der gesundheitsbezogenen Zielsetzungen abhängt. Allerdings kann sie nur dann ausreichend berücksichtigt werden, wenn sie in schriftlicher Form dokumentiert ist.“ (Brehm et al., 2002, S. 41)

Als mögliche Stundeninhalte für Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Menschen im höheren Erwachsenenalter gelten vom DTB (2005, S. 18) folgende Bausteine: 1) Krafttraining, 2) Training von Alltagssituationen, 3) Sturzprophylaxe, 4) Koordinationstraining/Balance-Training, 5) Herz-Kreislauftraining, 6) Sensomotorik, 7) Beweglichkeitstraining, 8) Gehirntaining, 9) Entspannung und 10) Kommunikation/Interaktion, wobei ein gezieltes Krafttraining und Koordination/Balancetraining in jeder Stunde vorkommen sollte. In Anlehnung an Weineck (2000, S. 446) orientiert sich das Training im Alter an den „normalen“ Trainingsprinzipien. Die Trainingswirkungen sind auch im Alter von den Belastungskomponenten – Reizintensität, Reizdichte, Reizumfang und Trainingshäufigkeit

abhängig. Bei einer sportlichen Betätigung sollte die Belastungssteigerung stets über eine Umfangs- und erst später über eine Intensitätserhöhung gewählt werden (Weineck, 2000, S. 446). Als Grund dafür nennt Weineck (2000, S. 446), dass die Belastungssteuerung über eine Umfangserhöhung differenzierter steuerbar ist und der Bewegungsapparat bzw. das kardiopulmonale System ausreichend Zeit für eine Adaptation an die Belastungsreize haben. Weitere Belastungshinweise die in unterschiedlichster Form diskutiert werden sollten den individuellen Bewegungsgewohnheiten bzw. dem Gesundheitszustand des einzelnen älteren Menschen beachtet werden. Schaller (2003, S. 243) meint zu dieser Thematik die Dringlichkeit einer Konzeption von „Alterssportkonzepten“ die detaillierte Aussagen dazu treffen sollen. Schaller (2003, S. 243) beschreibt damit die genaue Differenzierung zu dem jeweiligen Adressatenkreis, Intention, Inhalten, Methoden, Medien, Interaktionen und Organisationen. Nach Brehm, Pahmeier und Tiemann (2001, S. 33) wurden für die Zielgruppe der „Bewegungsabstinenten, Neu- und Wiedereinsteiger“ die FITT Empfehlungen sowie die 7 Sequenzen-Intervention entwickelt die insbesondere die Kernziele von Gesundheitssport sowie eine umfassende Stärkung der Ressourcen ansteuern.

- *FITT- Empfehlungen*

Die FITT- Empfehlungen haben zur Aufgabe die gezielte Stärkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen aber auch den Aufbau einer langfristigen Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. Sowohl der Abbau von Barrieren, als auch eine notwendige langfristige Verhaltensänderung benötigen viel Zeit. Gleichzeitig darf die begonnene gesundheitssportliche Aktivität aber nicht als zusätzliche Belastung erlebt werden. Aus diesem Grund wird empfohlen, ein Einstiegsprogramm einmal in der Woche (Frequency= F) mit moderater Belastung (Intensity= I) über 90 Minuten (Time =T) als 7 Sequenzen- Intervention (Type of exercise =T) durchzuführen (=FITT). Innerhalb eines Jahres werden so ca. 45 Kurseinheiten realisiert. Die Kursteilnehmer/innen werden langsam an körperliche Beanspruchung herangeführt, die alle Fitnesskomponenten umfassen (Brehm, Pahmeier und Tiemann, 2001, S. 33).

- *7-Sequenzen-Intervention*

Die 7-Sequenzen-Intervention hebt auf die Strukturierung der einzelnen Einheiten ab. Die 7 Sequenzen-Intervention ist an einer möglichst konsistenten Realisierung der Kernziele von Gesundheitssport ausgerichtet: (1) Einstiegssequenz, (2) Erwärmungssequenz, (3) Ausdauersequenz, (4) Kraft-und Beweglichkeitssequenz, (5) Entspannungssequenz, (6) Ausklang und Abschlussequenz, (7) Informationssequenz (integriert in die Sequenzen 1-6). Diese Sequenzierung einer Übungseinheit unterscheidet sich gravierend z.B. von den

Richtlinien des American College of Sports Medicine (2007, S. 136-139; in Brehm, Seygusch und Tittlbach, 2008, S. 43), denen zufolge Programme in vier Sequenzen ausdifferenziert werden sollten: Aufwärmen, Ausdauer-Phase, Spiel- und Erholungsphase (optional!), Cool-Down. Brehm et al. (2002, S. 59) berichten aus ihrer Studie, dass in Deutschland eine Einheit durchschnittlich von 60 bis 90 Minuten dauert und primär am Kernziel „Stärkung physischer Ressourcen“ orientiert und häufig nach dem Muster: „Aufwärmen“, „Hauptteil“, „Abwärmen“ erfolgt.

- *G.U.T (Gesund und Trainiert)*

Das Projekt G.U.T (Gesund und Trainiert) wird vom Württembergischen Landessportbund, zusammen mit einigen Kassen und Universitäten ermöglicht und umgesetzt. Ziel dieses Projektes ist gesundheitsorientierte Sportangebote von hoher Qualität zu entwickeln, das in 10 Grundkursstunden und in 10 Aufbaukursstunden eingeteilt ist. Nach diesen absolvierten Grund- und Aufbaukursen sollte später zu einem Dauerangebot und zu einer regelmäßigen sportlichen Betätigung führen (Brehm et al., 2002, S. 117). Sowohl der Grund als auch der Aufbaukurs werden jeweils in 90 Minuten Einheiten eingeteilt. Das Kurskonzept besteht aus einem 3 Säulen Konzept, welches in 1. Bewegung und Gesundheit, 2. Stress- Entspannung und 3. Ernährung eingeteilt ist. Durch gezielte und dosierte Bewegungsangebote sollen physische, psychische sowie soziale Voraussetzungen und Fähigkeiten der Teilnehmer/innen gefördert werden (Weiß, 1994, S. 62). Die G.U.T Kursstunden orientieren sich an einem standardisierten Stundenablauf der kaum Zeitangaben beinhaltet. Folgende Inhalte werden von Weiß (1994, S. 63) definiert: 1) Begrüßung- Rückkopplung, 2) Wissens- und Kenntnisvermittlung, 3) Aufwärmen, 4) Hauptteil entsprechend Themenschwerpunkt, 5) Entspannung und 6) Abschlussgespräch. Abschließend ist noch zu erwähnen, dass nach Brehm et al. (2002, S. 119) dieses Konzept als qualitätsgesichertes Programm zu bewerten ist.

- *Fit bis ins hohe Alter*

Das Beispiel „Fit bis ins hohe Alter“ des Deutschen Turner Bundes ist eine 12 –stündige Kurskonzeption im Bereich der Bewegung und Gesundheitsförderung und richtet sich an ältere Personen ab 70 Jahren (Regelin et al., 2007, S. 12) Dieses Kursprogramm ist vom Institut für Sportwissenschaft der Universität Bonn geplant, evaluiert und veröffentlicht worden und wird von Turn- bzw. Sportvereinen durchgeführt (DOSB, 2007, S. 14) Die gesamte Konzeption basiert auf einem Vier– Säulen- Modell: Sicherheit vermitteln, Stärke aufbauen, Mobilität entwickeln, Beweglichkeit erhalten (DOSB, 2007, S. 14). Dieses Säulen- Konzept ist auf die Kernziele des Gesundheitssports (Kapitel 6.4) aufgebaut. Zusätzlich zu diesem Kursprogramm bekommen die Teilnehmer/innen sogenannte

Hausaufgaben, die dreimal in der Woche durchzuführen sind. Die Dauer einer Hausaufgabe beträgt 20 Minuten. Die Hausaufgaben variieren nach jeder dritten Kurseinheit (Regelin et al., 2007, S. 12). Im Bezug auf die Ausbildung der Übungsleiter/innen ist entweder eine Ausbildung auf der 1. Lizenzstufe im Bereich „Fitness und Gesundheitssport“ und zusätzlich über eine Übungsleiterausbildung auf der 2. Lizenzstufe „Sport in der Prävention“ mit den Profilen „Allgemeine Gesundheitsvorsorge/Prävention“ oder „Haltung und Bewegung“ erforderlich. Alternativ gelten auch staatlich anerkannte Ausbildungen die im Kapitel 7.9 Qualitätskriterium Übungsleiter/in genauer beschrieben sind. Darüber hinaus muss an einer Fortbildung des DTB zur Einweisung in das Kursprogramm teilnehmen (Regelin et al., 2007, S. 18). Um mit den Krankenkassen kooperieren zu können, muss das Programm mit dem Qualitätssiegel „Pluspunkt Gesundheit“ ausgezeichnet werden. Da es sich um ein abgesichertes wissenschaftliches Gesundheitsprogramm handelt, und einer wissenschaftlichen Begutachtung unterzogen wurde, werden die Angebote automatisch mit dem Prüfzeichen „Präventionsgeprüft“<sup>6</sup> versehen (Regelin et al., 2007, S. 18). Anzumerken ist noch die zusätzliche Anforderung der Räumlichkeiten, die eine angenehme Atmosphäre, Ausschalten von Störquellen, Regulierung der Temperatur, Lichtregulierung usw. beinhaltet. Auch die Mindestanforderungen an Handgeräten (Matte und elastisches Übungsband) ist für dieses Programm und für die Durchführung der geplanten Übungen gefordert (Regelin et al., 2007, S. 18f).

### **7.7 Qualitätskriterium: Bindung**

Die Teilnahme an einem organisierten Sportprogramm ist immer auch mit bestimmten strukturellen Bedingungen verbunden, unter denen das Sporttreiben stattfindet. Es werden die Teilnehmenden mit bestimmten Kursinhalten und einem Kursaufbau konfrontiert, sowie mit Anforderungen vom Übungsleiter an den/die Teilnehmer/in (Wagner, 2000, S. 103). Martin und Dubbert (1982; in Wagner, 2000, S. 103) berichten, dass die generelle Übungsintensität ein wichtiger Prädiktor für die Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Sportengagements in einem angeleiteten Programm sein kann. In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass sich die Wahrscheinlichkeit der kontinuierlichen Teilnahme am Sportprogramm erhöht, wenn die sportliche Aktivität auf einem mittleren Intensitätsniveau durchgeführt wird (Rejeski, 1985, Sallis et al., 1986; Moses et

---

<sup>6</sup> Das Prüfzeichen „Präventionsgeprüft“ stellt den Kern von Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Deutschen Turner-Bund und den Krankenkassen dar und versichert diesen, dass sich das Gesundheitssportprogramm um ein standardisiertes, anerkanntes, und evaluiertes Kurs handelt. (Regelin et al., 2007, S. 18)

al. 1989; in Wagner, 2000, S. 103). Pahmeier (1994; in Wagner, 2000, S. 104) kommt zu dem Entschluss, dass weniger auf das durch den/der Übungsleiter/in vorgegebene tatsächliche Belastungsmaß ankommt, sondern vielmehr auf die von den Teilnehmenden als zu hoch oder zu niedrig eingeschätzte Anstrengung. So erweist sich in mehreren Untersuchungen eine als zu anstrengend empfundene Belastung als wesentlicher Grund, die regelmäßige sportliche Aktivität wieder aufzugeben (Reid/Morgan, 1979; Dishman/Sallis/Orenstein, 1985, Wankel, 1985; in Wagner, 2000, S. 104). Zusätzlich erwähnen Brehm et al. (2006b, S.46f), dass zur Bindung der Kursteilnehmer/innen an eine längerfristige sportliche Aktivität die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und der Aufbau von Netzwerken mit ausgewählten Sportvereinen und Fitnessstudios als wichtige Faktoren angesehen werden.

### ***7.8 Qualitätskriterium: Räumlichkeiten und Ort***

Towarske und Allmer (1991, S. 24) erwähnen, dass vom Verein angebotene Seniorensportprogramme meistens in Turn- und Sporthallen stattfinden, seltener in „sportuntypischen“ Räumlichkeiten. Wenn es darum geht Sportvereine zur Einrichtung neuer Seniorensportgruppen aufzufordern, werden „mangelnde Sportstätten“ als vorrangiger Hinderungsgrund angegeben. Wagner (2000, S.106) beschreibt für die kontinuierliche Teilnahme einer Sportaktivität sind die räumlich-materiellen Bedingungen ein wesentlicher Faktor. Eine Person die sich die Sportaktivität frei initiiert und entsprechende Bedingungen wie Ort, Zeitpunkt, Sportstätte, Geräte oder sonstige Aufwendungen selbst arrangieren kann, wird der/die Teilnehmer/in mit einer Umgebungssituation durch den Anbieter konfrontiert. Diese Bedingungen können sich als günstig oder ungünstig erweisen und entscheidend für eine langfristige Bindung in einem Programm sein. Für eine Person die sich zu jeder Kurseinheit beeilt oder bemühen muss, weil die Übungsstätte weit entfernt liegt, verkehrstechnisch schwer und umständlich erreichbar ist, oder die Kurszeit unbequem ist, wird es schwer werden die Sportaktivität aufrecht zu halten. Drei Merkmale werden von Wagner (2000, S. 107) zur räumlich-materiellen Umgebungssituation die in der Literatur mit der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in Zusammenhang gebracht werden. Das betrifft die Lage und die Erreichbarkeit der Sportstätte in der das Programm stattfindet, die Kurszeiten soweit die Atmosphäre der Übungsstätte, die eine entsprechende Ausstattung mit einschließt.

### ***7.9 Qualitätskriterium: Übungsleiter Qualifikation / Ausbildung***

Nach Brehm et al. (2002, S. 41) werden den Übungsleiter/innen, die gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme durchführen, hohe Anforderungen gestellt. Der/die Übungs-

ter/in steht als Ansprechperson, Fachperson und als Zwischenstelle zwischen Anbieter und Kunde in direktem Kontakt mit den Teilnehmer/innen.

„Der Erfolg eines Gesundheitssportprogramms hängt somit direkt von der Kompetenz der Übungsleiter/innen ab. Das Programm sollte die notwendigen Qualifikationen der Übungsleiter/innen sowie die Anforderungen an sie beschreiben und festlegen. Die Ausbildungsgüte und Qualifikation der Übungsleiter/innen ist hinsichtlich des Qualitätsmanagements und der Akzeptanz ein zentraler Bestandteil der Güte eines Gesundheitssportprogramms.“ (Brehm et al., 2002, S. 41)

Schütte (2003, S.293) ergänzt, dass attraktive Angebote qualifizierte Mitarbeiter voraussetzt. Besonders wichtig ist nach Schütte (2003) diese Voraussetzung bei Bewegungsprogrammen für ältere Menschen, da diese Zielgruppe sehr heterogene Voraussetzungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes, ihrer sportlichen Fähigkeiten und Vorerfahrungen und ihrer Erwartungen an das Angebot mitbringen. Als ersten Ansatz für eine erfolgreiche Ausbildung von Sportwissenschaftler/innen sehen Pfeifer, Brehm, Rütten, Ungerer-Röhrich und Wegner (2004, S.27) einen neu überarbeiteten Inhalt des Ausbildungskonzeptes. Die Autoren fordern neben einer umfassenden Handlungskompetenz (medizinische Grundlagen, therapeutische Grundlagen; sportwissenschaftliche Kenntnisse) zusätzlich Inhalte für „Soft-Skills“. Dazu gehören Eigenschaften wie Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Motivationsfähigkeit u.s.w., die auch als Grundlage für psychologisch- pädagogische Kompetenz bilden sollten. Auch der genannte Vorschlag ist inhaltlich in ein strukturiertes Baustein-Konzept aufgebaut. Erwähnenswert an diesem Vorschlag der Autoren ist, dass ein eigener Baustein nur für Qualitätsmanagement und Evaluation eingeplant ist. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Handlungsfelder werden nach Pfeifer et al. (2004, S. 33f) drei übergeordnete Qualifikationsbereiche im Sinne eines umfassenden Gesundheitsmanagements definiert:

1. Planen und Konzeptualisieren (erkennen, beurteilen, diagnostizieren, analysieren etc.)
2. Realisieren (beraten, intervenieren, vermitteln, therapieren etc.)
3. Evaluieren (dokumentieren, analysieren, Qualität sichern etc.)

Zu diesen übergeordneten Schlüsselqualifikationen sind in konkreter Form noch Einzelqualifikationen aufgelistet, die für eine zielgerichtete Tätigkeit vorausgesetzt werden (Pfeifer et al., 2004, S. 35). Nach Pfeifer et al. (2004, S.27) ist die Ausbildungssituation in Deutschland im Handlungsfeld Bewegung / Sport und Gesundheit dadurch gekennzeichnet, dass eine Vielzahl an Institutionen mit unübersichtlichen Berufs-und Tätigkeitsbezeichnungen am Markt aufscheinen. (z.B. Gesundheitstrainer, Fitness-Lehrer, Gesundheitssportlehrer usw.) Auch an sportwissenschaftlichen Instituten ist die Ausbildung in einem ähnlichen inhomogenen Zustand.



In Österreich wurde eine ähnliche Situation herausgefunden. Durch die unterschiedlichsten Ausbildungsmöglichkeiten für Übungsleiter/innen im Bereich „Alterssport“, die von den Sportverbänden meist als „eigene Ausbildungen“ angesehen werden, wird in Abbildung 23 ein grober Überblick über diesen Bereich erstellt. Ausgehend der Literaturrecherche zum Thema Ausbildungen für „Bewegungsangebote für ältere Menschen“ ist die folgende Auflistung möglicher Angebote entstanden. Speziell wurde im Bereich der Ausbildung für Übungsleiter/innen im Bereich Gesundheitsförderung für Menschen im höheren Erwachsenenalter bei den Dachsportverbänden ASKÖ, ASVÖ und UNION recherchiert. Das Ausbildungssystem des Deutschen Turnerbundes und die Instruktorausbildung der Bundessportakademie wurden genauer betrachtet und beschrieben. Die LIMA und SelbA Ausbildungen wurden im (Kapitel 5.3 Bildung im Alter) weiter ergänzt. Diese Ausbildungen sollten aber keinesfalls in Konkurrenz zu den erwähnten Ausbildungen sein, sondern als mögliche Zusatzqualifikationen im Bereich Bildung im Alter angesehen werden, da sich diese beiden Angebote auch inhaltlich gut ergänzen. Die Ausbildungen auf akademischer / sportwissenschaftlicher Ebene wurden aufgrund der Vielfalt der Angebote nicht näher betrachtet.

Österreich								
Beschreibung	Institut / Organisation	Kooperationen	Dauer	Gültigkeit der Ausbildung	Ausbildungsgrad	Fortbildung	Abschlussprüfung	Quelle
Kirchliche Einrichtungen								
<b>SelbA</b>	Katholisches Bildungswerk Linz SelbA- Selbständig im Alter	Gemeinden, Heimen, Vereinen - um eine Gruppe zu leiten ist ein selbstständiger Kontakt aufzubauen	Grundlehrgang (74 Einheiten)+ im Anschluss hat man die Berechtigung ein Selbs-Gruppe zu führen dieses Praxisjahr besteht aus (30 Treffen je ca. 2 Stunden)	Fertige Ausbildung	Zertifikat zur/m SelbA-Trainer/in	weitere Serviceleistungen des SelbA Kompetenz Centers	100 % Anwesenheit	SelbA-Kompetenz-Center (2010, S. 1ff) <a href="http://www.selba-oe.at">www.selba-oe.at</a>
<b>Lima</b>	Katholisches Bildungswerk Wien Lima-	Pfarrliche Bildungswerke, Seniorenclubs, Altenheime, Ärzte, Projektgruppen, "Gesunde Gemeinde" oder private Gruppen. Vernetzung der LIMA Trainer/innen in den Institutionen	Lehrgang aus sechs Module zu je 12 Trainingstage/ 95 Übungseinheiten und 3 Hopitationen in LIMA Trainingsgruppen + einer Hausarbeit	Fertige Ausbildung	Zertifikat zum/zur LIMA Trainer/in	weitere Fortbildungsangebote	Anwesenheit	Zugriff am 20.09.2010 unter <a href="http://www.bildungswerk.at">www.bildungswerk.at</a>
Sportorganisationen / Österreich								
<b>Instruktor: Fit - Senioren</b>	BSPA (Bundessportakademie)	ASKÖ, ASVÖ, UNION	1 Semester (ca. 150 Stunden)	Fertige Ausbildung	Lehrwart Fit / Senioren staatliches Zeugnis	Lizenz wird verlängert, wenn innerhalb von 4 Jahren eine Fortbildungsveranstaltung besucht wird	Kommisionelle Abschlussprüfung	Zugriff am 10.09.2010 unter: <a href="http://www.bsapa.at">www.bsapa.at</a>
<b>Senioren Fit Übungsleiter</b>	ASKÖ	Eigener Ausbildungslehrgang für ASKÖ-Übungsleiter/innen	44 Stunden (geblockt an Wochenenden)	Fertige Ausbildung	ASKÖ Übungsleiter für "Fit für Senioren"	keine weiteren Ausbildungen, dieser Lehrgang schließt mit "ASKÖ Senioren-Fit Übungsleiter" ab	keine Angabe	Zugriff am 10.09.2010 unter: <a href="http://www.askoe.at">www.askoe.at</a>
<b>Richtig Fit für Lebenserfahrene</b>	ASVÖ	Fit für Österreich, Projekt für Vereine	60 Übungseinheiten (meist an Wochenenden)	Fertige Ausbildung	ASVÖ ÜbungsleiterInnen-Zertifikat "Richtig Fit für Lebenserfahrene".	keine weiteren Ausbildungen, dieser Lehrgang schließt mit "ASVÖ Richtig Fit für Lebenserfahrene" ab	keine Angabe	Zugriff am 10.09.2010 unter: <a href="http://www.asvoe.at">www.asvoe.at</a>

Abbildung 26 : Tabellarische Darstellung von 5 Ausbildungsmöglichkeiten (eigene Darstellung).

Hervorzuheben ist die Ausbildung „*Instruktorausbildung Fit-Senioren*“ der Bundessportakademie (BSPA), die in Zusammenarbeit mit den genannten Dachverbänden organisiert wird. Die Ausbildung wird in 3 Blöcken angeboten und bildet eine umfassende Grundlage für das Leiten von verschiedenen Trainingseinheiten im Verein und schließt mit einem staatlichen Zertifikat ab (Zugriff am 10.09.2010 unter [www.sportunion.at](http://www.sportunion.at)) Diese Ausbildung (ca. 150 Stunden) beinhaltet unterschiedliche Lehrinhalte (von Religion, Sportbiologie, Trainingslehre usw.) wodurch eine einheitliche Qualifikation der Übungsleiter/innen in allen Dachverbänden für den Seniorensport gewährleistet werden kann. In Österreich wird durch das Gütesiegel (vgl. Kapitel 7.2.6) „Fit für Österreich“ eine Qualitätssicherung der Bewegungsangebote gewährleistet. Doch wie schon erwähnt, ist die Qualifikation der Übungsleiter/innen sehr weit gestreut von Sportwissenschaftler/in (Mag.) bis hin zum/zur Sportstudent/in.

Als zweite Vorstellung einer Ausbildung wird das Modell des Deutschen Turnerbundes (DTB) in Abbildung 27 veranschaulicht. Nach Pfeifer et al. (2004, S. 28) legt der Deutsche Olympische Sportbund mit seinen Mitgliedsorganisationen (Landessportbünde, Sportverbände) die Qualitätskriterien der Ausbildung für die jeweiligen Sportart fest (Curricula, Konzeptionen). Diese Ausbildung gliedert sich in eine Basisausbildung (120 Std.) und in eine aufbauende Profilbildung. (60 Std.) Diese Ausbildungsprofile können mindestens in einem der Bereiche „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“, „Entspannung/Stressbewältigung“ oder „Allgemeine Präventionssport“ bzw. einer der Zielgruppen „Kinder und Jugendliche“, Erwachsene“ oder „ältere Menschen“ zugeordnet werden (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 15). Für die Leitung von Angeboten, die durch die Gütesiegel Sport pro Gesundheit und Pluspunkt Gesundheit ausgezeichnet sind, müssen die Übungsleiterlizenz „Sport in der Prävention“ auf der zweiten Lizenzstufe absolviert haben. Über eine höherwertige bewegungs- und sportbezogene Berufsausbildung muss mindestens folgende Qualifikationen entsprechen: Absolvent eines sportwissenschaftlichen Studiums mit praktischen Bezug zum Gesundheitssport, Physiotherapeut bzw. Krankengymnast, Ergotherapeut oder Motopäde mit Zusatzqualifikationen oder Sport- und Gymnastiklehrer mit gesundheitsorientierter Ausrichtung (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 16). Dennoch obliegt die Ausbildung den jeweiligen Verbänden. Nach Dannhorn (2000; in Pfeifer et al., 2004, S.28) wird zumindest in ausarbeitete Papierform eine zielgerichtete und strukturierte Ausbildung erfordert. Abschließend erwähnen Pfeifer et al. (2004, S. 28), dass diese Ausbildung auf Laienebene stattfindet und sollte nicht das Ziel verfolgen, mit Ausbildungen auf akademischer Ebene in Konkurrenz zu treten.

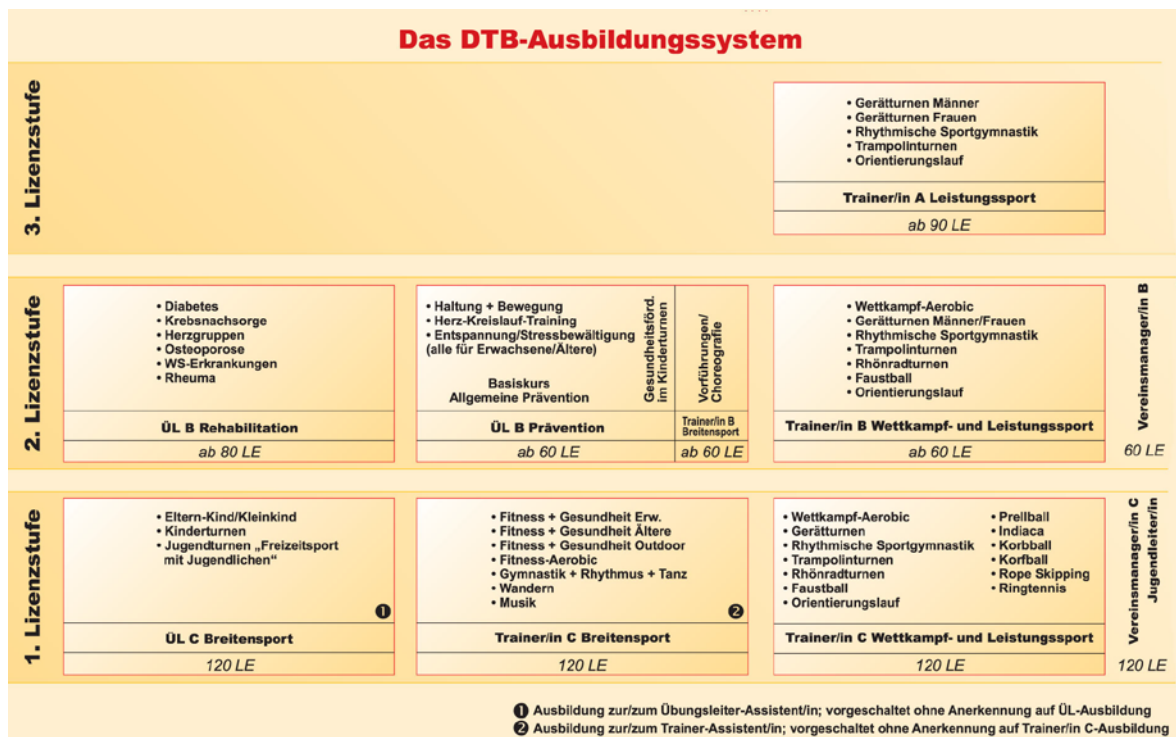


Abbildung 27: DTB-Ausbildungssystem (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 16).

Durch die Expertise von Brehm et al. (2002, S. 46) werden Gesundheitssportprogramme im organisierten deutschen Sport zu 100% von ausgebildeten Übungsleiter/innen durchgeführt. Bei 67% der Bewegungsangebote wird als Mindestanforderung der Erwerb einer Übungsleiterqualifikation auf der 1. Lizenzstufe genannt, wobei bei 47 % der Programme die 2. Lizenzstufe erwünscht oder gefordert wird. Brehm et al. (2002, S. 46) erwähnen nochmals und appellieren auf die Bedeutung gut ausgebildeten Übungsleiter/innen, die einen bedeutsamen Bestandteil einer erfolgreichen Gesundheitsförderung darstellen.

### 7.10 Qualitätskriterium: Barrieren

Dieses Qualitätskriterium „Barrieren“ beschäftigt sich mit den möglichen Problemen bzw. dem subjektiven Barrieren der Nichtnutzer von Sport- und Bewegungsprogrammen zu beschreiben. Nach der Studie von Huber (1999, S.118-158) der unter anderem die Nutzerbarrieren von Bewegungsangeboten bei Menschen über 60 Jahren untersucht hat, sind einige wichtige Aspekte zu beachten. Huber (1999) erwähnt, für den Abbau von Barrieren sind nicht nur die infrastrukturellen Maßnahmen verantwortlich sondern auch die gesellschaftliche vermittelte und „erlernte“ Einstellungen und Normen. Damit meint Huber (1999, S. 157) die Dringlichkeit für den Abbau dieser Barrieren die Kooperation von Medizin, Gerontologie und auch der Sportwissenschaft. Zusätzlich verweist Lehr (2000, S. 118) auf die Studie von Lehr und Jüchtern (1997; zit.n. Lehr, 2000, S.118) die unter

anderem auch eine weitere Barriere der Gesellschaft durch die bestehende negative Einstellung des Altersbild verdeutlichen. Weiteres wird auch der soziale Status<sup>7</sup> für das Gesundheitsverhalten der Menschen über 60 Jahren angesprochen. Damit verweist Huber (1999, S. 158) auf die Kommunikationsstrategien in Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten nur bestimmte Bevölkerungsgruppen ansprechen. Als mögliche Maßnahme unterstreicht Huber (1999, S. 158) die Ansätze des Disease-Managements. Darunter sind Maßnahmen zu verstehen, die durch ein Disziplinen- und sektorenübergreifendes Management von Krankheiten versuchen, mit vorgegebenen Ressourcen ein Maximum an Gesundheitsgewinn zu erzielen. Ein solcher Ansatz ermöglicht eine verbesserte Integration von Bewegungsprogrammen (Huber, 1999, S. 158). Zusätzlich ergänzen Brehm et al. (2006b, S.47) als bekannte Barrieren Orts-, Termin oder Übungsleiterwechsel. Lehr (2000, S.118) verstärkt diese Aussagen dahingehend, dass die Barrieren im jüngeren Alter äußerst gering sind und mit zunehmenden Lebensalter stetig ansteigen. Im höheren Erwachsenenalter zählt Lehr (2000, S. 118) die dominierenden Barrieren von schwere Erreichbarkeit der Sportstätte, negatives Selbstbild, zunehmende Unsicherheit und vor allem die verminderte Motivation die zu einer sportlichen Inaktivität führen kann. Nach einer Studie von Denk (1997; in Lehr, 2000, S.119) gaben 13,6% der Befragten (über 70-Jährigen) Zeitmangel als Ursache für fehlende sportliche Aktivität an, gefolgt von dem Risiko sich zu verletzen und auch „gesundheitliche Gründe“ wurden häufiger genannt als von jüngeren Befragten. Weitere Gründe für eine Ablehnung sportlicher Aktivitäten waren schlechte verkehrsmäßige Erreichbarkeit der Sportstätten (z.B Schwimmbäder) und auch fehlende Kenntnis über Möglichkeiten zu sportlicher Betätigung. Letzt genannte Barriere bestätigte auch Huber (1999, S. 158) dass die Kommunikationsstrategien nur bei manchen Bevölkerungsgruppen ankommt.

### ***7.11 Qualitätskriterium: interne und externe Vernetzung***

Nach Brehm et al. (2002, S. 41) verstehen unter interne und externe Vernetzung den Status der Implementierung eines Gesundheitssportprogramms. Unter Kooperation sind nach Brehm et al. (2002, S. 41) die Verbindungen zu anderen Institutionen gemeint wie (z.B Kooperationen mit einer Krankenkasse, der Ärzteschaft, anderen Institutionen) Als

---

<sup>7</sup> Sozialer Status bezeichnet die soziale Wertschätzung, die ein Individuum hinsichtlich eines Kriteriums (z.B Besitz, Einkommen, Beruf, Macht) genießt (Weiß, 1999, S. 82).

Forderung sehen Brehm et al. (2002, S. 61) den Aufbau kommunaler Vernetzungen (z.B mit Ärzten, Krankenkassen, anderen Institutionen des Gesundheitswesens, örtlichen Medien, Universitäten). Dadurch kann der Aufbau von kommunalen und regionalen Qualitätszirkeln gefördert werden, in denen die Vertreter von Vereinen und anderen Partnern vertreten sind. Zusätzlich erwähnen Brehm et al. (2002, S. 61) als eine weitere Folgerung des Berichts „Gesundheitssportprogramme in Deutschland“, dass die Chancen für eine verbesserte Kooperation durch eine genaue Dokumentation, der Qualitätssicherung sowie der Kommunikation der Programme steigen würde.

### **7.12 Qualitätskriterium: Dokumentation des Programms**

Nach Brehm et al. (2002, S. 61) wird unter Dokumentationsformen wie Manuale, Curricula, Broschüren, Evaluationsberichte oder Buchpublikationen erwähnt. Als ein Qualitätskriterium für die Dokumentation würden Brehm et al. (2002, S. 61) folgende Punkte unterteilen:

**Tabelle 10: Programmdokumentation**

---

1.	Programmtitel
2.	Anschrift, Kontaktadressen, Ansprechpartner
3.	Zielsetzungen des Programms
4.	Zielgruppen
5.	Programmstrukturen und Leitfaden für die Realisierung (incl. Methodische Hinweise z.B zur Belastungsdosierung, Beispieleinheiten)
6.	Informationsmaterialien für die Teilnehmer/innen
7.	Leitfaden für die Kommunikation bzw. das Marketing
8.	Hinweise zur Erfassung programmrelevanter Daten über die durchgeführten Maßnahmen (z.B Teilnehmerzahlen, Drop-Out)
9.	Qualitätssichernde Maßnahmen (Arbeitshilfen für das interne Qualitätsmanagement)

---

Quelle: Brehm et al. (2002, S. 61)

Nach Hartmann et al. (2005, S. 103) ist die Dokumentation eines Programmes ein wichtiges Qualitätskriterium um die Qualität auch besser kontrollieren zu können und auch eventuelle Defizite ausgleichen zu können. Weiteres erwähnen Hartmann et al. (2005), dass die Dokumentation ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung von Gesundheitssport beitragen kann.

### **7.13 Qualitätskriterium: Netzwerk, Kommunikation, Kooperation**

Nach dem DOSB (2009, S.10) wird unter Netzwerk ein System aus mehreren Elementen, die untereinander in Verbindung stehen verstanden. Diese Verbindungen befinden sich in einem wechselseitigen Austausch von Informationen, Material, Dienstleistungen, Wissen. Dieser Aufbau eines Beziehungsnetzes wird durch Personen, Institutionen, Organisationen oder Unternehmen durchgeführt. Der DTB (2008, S. 7) sieht in einem kommunalen Netzwerk der unterschiedliche Institutionen beinhaltet den Turn-und Sportverein als einen wichtigen Knotenpunkt. Nach Oppper et al. (2006, S. 161) können durch den Aufbau von kommunalen Netzwerken (z.B. Ärzte, Krankenkassen, anderen Institutionen des Gesundheitsbereiches, Universitäten) regionale Qualitätszirkeln gefördert werden. Auch in sogenannten Settings (Lebensbereiche) in denen die Menschen ihre Zeit verbringen (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort) die einen starken Einfluss auf die Gesundheit haben, ist ein weiterer Ansatz um eine verbesserte Kommunikation aufzubauen. Nach Oppper (2002; in Oppper et al., 2006, S. 162) spielt die Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, Zugangswege und Prozessbegleitung eine wichtige Rolle um den Menschen den Weg in das Setting „Sportverein“ zu erleichtern. Kommunikationsstrategien wie Presse- und Medienarbeit (Zeitungsartikel usw.) Veranstaltungen und Events oder auch die direkte Kommunikation durch Gespräche ermöglichen eine erfolgreiche Implementierung in ein Gesundheitssportprogramm (Oppper et al., 2006, S. 162). Durch eine erfolgreiche Kooperation von Krankenkassen, kommunale Ärzteschaft und mit Sportvereinen und Fitness-Studios wurden z.B in Nordrhein-Westfalen zwischen 1998 und 2003 etwa 1000 Kurse angeboten an denen etwas 14.000 Personen teilnahmen. Eine Kooperation findet einerseits statt, da die Krankenkassen die Gesundheitssportprogramme anbieten, der Ärzteschaft die den Zugang relevanter Zielgruppen zu den Kursen sichert und der Kooperation mit dem Sportverein und Fitness-Studio die die Kursteilnehmer/innen nach Kursabschluss in die eigenen Angebote übernimmt (Tiemann, Brehm & Sygusch, 2003; in Oppper et al., 2006, S. 163). Tiemann (2006, S. 281) bestätigt die Aussagen darin, dass Gesundheitssport und Gesundheitsförderung nicht nur verhaltensbezogene Maßnahmen beinhaltet, sondern auch verhältnisbezogene Interventionen zu umfassen hat. Aus diesem Grund beschreibt Tiemann (2006) die Bedeutung der Schaffung und Optimierung von gesundheitsfördernden Verhältnisse und deren Integration in den sechs Kernzielen des Gesundheitssports. Unter Kommunikation zwischen Sportverein und Mitglieder/innen verstehen Hartmann et al. (2005, S. 100) auch den Aufbau eines *Informationssystems*. Ein Informationssystem sollte ein fixer Bestandteil eines Qualitätsmanagements sein und auch neue Kommunikationsstrukturen wie z.B das Internet beinhalten. Ein Informationssystem kann eine Internetseite oder auch ein Magazin sein. Der DTB verfasst vierteljähr-

lich das Gesundheitssport- Magazin „Pluspunkt- Gesundheit.DTB“ und wird kostenlos an alle Übungsleiter/innen versendet. Das Magazin ist ein Medium, das gezielt eingesetzt wird, um Wissensvermittlung regelmäßig zu fördern (Hartmann et al., 2005, S.100f).

### **7.14 Qualitätskriterium: Qualitätssicherung**

Bezüglich einer Qualitätssicherung gelten für den Bereich des Gesundheitssports grundsätzlich dieselben Qualitätsforderungen wie für das Gesundheitssystem (Brehm et al., 2006b, S. 37; Oppen et al., 2006, S.159). In Verbindung mit dem Kapitel 2.3.1.1 Qualitätsdimensionen nach Donabedian wird Qualität im Gesundheitssport von Brehm et al. (2006b, S. 37) folgendermaßen beschrieben:

*Prozess- und Strukturqualität:* Mit Qualitätsanforderungen im Hinblick auf Prozesse und Strukturen soll die Zielrealisation bestmöglich gesichert werden. Dies bedeutet im Gesundheitssport beispielsweise

- die Festlegung von zielgruppenadäquaten Methoden und Inhalten
- die Verschriftlichung von Programmgestaltung für die Übungsleiter/innen
- Sportlehrer oder Therapeuten
- Eine adäquate räumliche und sachbezogene Ausstattung
- Bestqualifizierte Übungsleiter/innen mit spezieller Programmeinweisung
- Vernetzungen von Gesundheitssportprogrammen mit anderen Angeboten
- Einrichtung von Qualitätszirkeln.

*Ergebnisqualität:* Hier sind insbesondere Ziele festzulegen und zu begründen (z.B. Kernziele von gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten, Kapitel 6.4). Weiterhin gilt es Zielgruppen zu definieren und Standards zur Konkretisierung von Zielen und Zielgruppen festzulegen. Im Gesundheitssport sind damit beispielsweise Angaben zum Umfang der Fitnessverbesserungen gemeint oder Angaben zu Einschluss und Ausschlusskriterien bei den Zielgruppen (Brehm et al., 2006b, S. 37).

Nach Brehm et al. (2002, S. 73) wird die Qualitätssicherung für Gesundheitssportprogrammen eine entscheidende Rolle spielen. Qualitätssicherung im Gesundheitswesen baut auf ein effizientes Management von Strukturen und Prozessen zum anderen auf eine Verknüpfung der Evaluation auf. Brehm et al. (2002, S. 73f) verdeutlichen die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Evaluation der Programme, die auch in Zukunft forciert werden sollten. Zur Sicherung der Qualität haben die Sportverbände in Deutschland DSB und DTB für ihren Gesundheitssport Qualitätsforderungen formuliert, die durch die Vergabe von Qualitätssiegeln bestätigt wird (Brehm et al., 2006b, S. 37). Mit der



folgenden Aufzählung der Qualitätsanforderungen an Gesundheitssportprogramme soll eine möglichst hohe gesundheitsförderliche Effizienz und Nachhaltigkeit dieser Angebote erreicht werden.

- Orientierung an den sechs Kernzielen von Gesundheitssport
- Festlegung von spezifischen Zielgruppen (Ein- und Ausschlusskriterien)
- Nutzung von evidenzgesicherten Gesundheitssportprogrammen (Trainermanuale, mit denen die Umsetzung der Kernziele Inhaltlich und methodisch gesichert wird)
- Qualifizierte und in das jeweilige Programm eingewiesene Leitung
- Interne Vernetzung von Kurs- und Dauerangeboten (auch aus anderen Feldern des Sports)
- Voraussetzung der Teilnehmer (Zielgruppen) bezogen
- Externe Vernetzung der Angebote mit anderen Institutionen des Gesundheitssektors (z.B. Ärzte, Krankenkassen)
- Durchführung eines standardisierten Gesundheits- und Fitnesschecks,
- Kontinuierliches Qualitätsmanagement.
- Durchführbarkeit und ihre Wirksamkeit der Kurse

(Wissenschaftlicher Beirat Gesundheitssport im DTB, 2005; in Brehm et al., 2006b, S. 37; Brehm, Pahmeier & Tiemann, 2001, S. 29; Brehm, Sygusch & Tittlbach, 2008, S. 41)

Zu der Qualitätssicherung gehört auch der Einsatz von Feedback-Instrumenten. Diese Instrumente dienen dazu, die Erwartungen und auch Anforderungen der Kunden/innen zu erkennen. Unter Bezug auf das GAP-Modell der Dienstleistungsqualität (siehe Kapitel 2.3.2.1) bedeutet, dass die Erwartungen der Kunden/innen aber auch der Übungsleiter/innen zu erfassen und die Dienstleistung entsprechend auszurichten ist (Hartmann et al., 2005, S. 102).

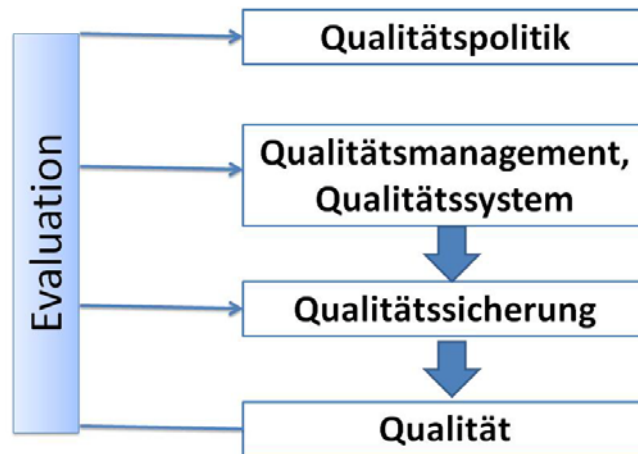
*Teilnehmerbefragungen und Tests:* Im Kapitel 3.3 wurde verdeutlicht, wie wichtig die Kundenorientierung im Qualitätsmanagement von Dienstleistungen ist. Die Kundenzufriedenheit ist ein wichtiger Aspekt für das Qualitätsmanagement und liefert wichtige Rückmeldungen zum Erfolg oder Misserfolg eines Handelns (Hartmann et al., 2005, S. 102). Nach Hartmann et al. (2005) gibt es eine ganze Reihe von Fragebögen zur Befindlichkeit der Teilnehmer/innen, die bei systematischer und regelmäßiger Anwendung für die Qualitätsentwicklung (z.B. Aus und Fortbildung der Übungsleiter/innen) ein wichtiger Ansatzpunkt darstellen kann. Zu entwickeln sind nach Hartmann et al. (2005)

Testverfahren zur Kontrolle der physischen Ressourcen messen zu können z.B die Wirkungen eines Bewegungsprogramms auf das Herz- Kreislaufsystem, die Koordination und die Beweglichkeit usw..

*Übungsleiter-Befragung:* Als ein weiteres Feedback- Instrument ist auch die Befragung der Übungsleiter/innen. Ziel dieser Befragungen ist es, Daten über die Tätigkeit und damit ein Personal- und Qualifikationsprofil von Übungsleiter/innen im Gesundheitssport zu ermöglichen. Diese Befragungen sollen im Rahmen des Qualitätsmanagements in zeitlichen Abständen wiederholt werden (Hartmann et al., 2005, S. 103).

### **7.15 Qualitätskriterium: Evaluation**

Zusätzlich zu der Qualitätssicherung ergänzen Brehm et al. (2006, S. 37) die Evaluationsqualität. Auf dieser Ebene der Qualitätsforderungen sind Studien zu realisieren, um den wissenschaftlichen Nachweis zu erbringen, dass die Ziele erreicht werden können. Übertragen auf das Feld der Gesundheitsförderung wird die Evaluation nach Huber (1999, S.10) als der Einsatz von wissenschaftlichen Methoden, die konzeptionelle Planung, die Umsetzung, Effektivität und Effizienz von Bewegungs- und Sportprogrammen in Prävention und Rehabilitation definiert. Huber (1999, S. 10) veranschaulicht mit der Abbildung 28 die Bedeutung der Evaluation. Erst wenn alle beteiligten Instanzen im Gesundheitsbereich (Teilnehmer/innen, Übungsleiter/innen und Organisation) zu einem Konsens in der Qualitätspolitik gelangen, kann mit Hilfe des Qualitätssystems eine Qualitätssicherung betrieben werden. Das Ergebnis (Qualität) hat einen rückkoppelten Einfluss auf alle Teilschritte davor, so dass die Qualitätspolitik als ein dynamischer, dauerhafter Prozess zu verstehen ist



**Abbildung 28: Strukturelle Elemente der Qualitätspolitik (modifiziert nach Huber, 1999, S. 10).**

Durch eine Evaluation der Bewegungsangebote können die im Gesundheitssport geforderten Kernziele (siehe Kapitel 6.4) im Hinblick auf die Zielansteuerung, die inhaltliche Planung und die methodische Umsetzung erfüllt werden (Hartmann et al., 2005, S. 100).

## **8 Zusammenhänge von Qualitätspolitik , Qualitätskriterien und der Qualität für Gesundheitssportprogramme**

Qualitätsmanagement in Sportorganisationen ist sicherlich kein leichtes Unterfangen, da viele Vereinsmitglieder auch ehrenamtlich in der Freizeit arbeiten und daher nicht immer eine Handlungs- und Fachkompetenz der Mitglieder/innen vorausgesetzt werden kann. Dennoch wird das System Sport mit den zunehmend geforderten Wünschen und Erwartungen der Teilnehmer/innen an eine Bewegungseinheit konfrontiert. Aber auch der steigende Druck der Krankenkassen und kommerzieller Sportanbieter verstärkt den Wettbewerb und fordert eine verbesserte Qualität einer Bewegungseinheit. Die Arbeit hat gezeigt, dass auch die Qualitätspolitik aus dem wirtschaftlichen Bereich auf das System Sport übertragen werden kann. Dennoch ist anzumerken, dass nicht der gesamte Bereich des Qualitätsmanagement aus der Wirtschaft anzuwenden ist und daher eine gezielte Anwendung und Implementierung für den Bereich Sport gefordert wird. Die Abbildung 29 zeigt abschließend die Zusammenhänge von Qualitätspolitik (vgl. Kapitel 4) den Qualitätskriterien für die Zielgruppe: höheres Erwachsenenalter (vgl. Kapitel 7) und den aus dem Gesundheitssport ausgearbeiteten Qualitätsforderungen an Gesundheitssportprogramme (vgl. Kapitel 3). Die Grafik verdeutlicht im Weiteren die fehlenden und die bereits vorhandenen Verbindungen der Qualitätspolitik zu den ausgearbeiteten Qualitätskriterien und dem Gesundheitssport und veranschaulicht dadurch den möglichen Handlungsbedarf.

Die Qualitätspolitik ist ein Teil des Qualitätsmanagement der sich in Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung einteilen lässt. Qualitätspolitik wird als ein dynamischer Prozess gesehen, der als Ergebnis eine steigende „Qualität“ verfolgt (Kamiske & Brauer, 1999, S. 203). Die Qualitätskriterien für Bewegungsangebote im Gesundheitssport wurden auf der Grundlage des Berichtes „Gesundheitssportprogramme in Deutschland“ von Brehm et al. (2002) und durch weitere relevante Literatur verfasst. Bezogen auf die Zielgruppe (höheres Erwachsenenalter) und der Qualitäten im Gesundheitssport ist anzumerken, dass relativ wenig passende Literatur zu finden war. Der dritte Teil der Darstellung bezieht sich auf die Qualitäten für Gesundheitssportprogramme, die von (Hartmann et al., 2005; Huber, 1999; Brehm et al., 2006b; Oppen et al., 2006; Brehm et al., 2002) in die Dimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) von Donabedian eingeteilt wurden.

Zu erwähnen ist, dass die geltenden Qualitätskriterien im Gesundheitssport in manchen Bereichen sehr gut ausgearbeitet und definiert sind. Der Regelkreis der Qualität kann nur dann erfolgreich angewendet werden, wenn alle Instanzen ausgeführt werden. Auch die

nicht beliebte Qualitätssicherung und die Qualitätsprüfung müssen zur Anwendung kommen. Wenn diese zwei bedeutenden Instrumente des Qualitätsmanagements nicht durchgeführt werden, kann der dynamische Prozess nicht erfolgreich abgeschlossen werden und es wird zu schwerwiegenden Problemen bei der Dienstleistungserstellung (Durchführung der Einheit) kommen. Besonders im Bereich des Sports stellen sich die Qualitätsinstrumente Prüfung und Sicherung als ausbaufähig heraus. Dieser Handlungsbedarf ist in Abbildung 29 durch die strichlierte Linie gut ersichtlich. Benchmarking, dass im Wirtschaftssektor als gängiges Instrument verwendet wird, ist auf den Sportbereich nur bedingt übertragbar. Dennoch sehe ich gute Ansätze eines Vergleiches zu anderen Sportinstitutionen, wie schon im (Kapitel 4.3.3) von Senn et al. (2005) beschriebene Ansätze von Netzwerk- Weiterbildungen oder auch Konferenzen mit gegenseitigem Erfahrungsaustausch. Durch diese gemeinsame Kommunikation kann der Handlungsbedarf für die jeweilige Sportorganisation herausgefunden werden.

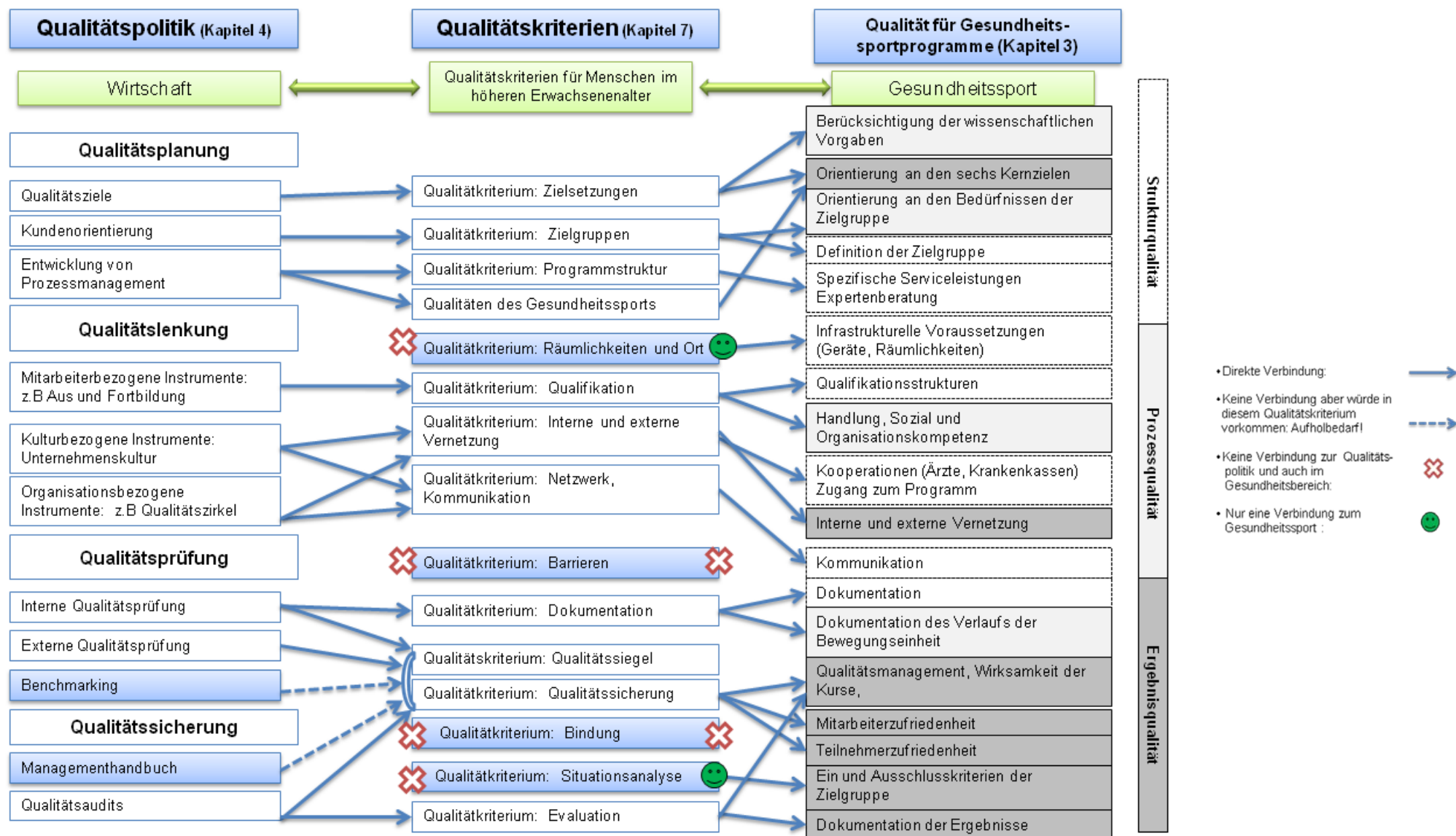


Abbildung 29: Zusammenhang von Qualitätspolitik, Qualitätskriterien und der Qualitäten der Gesundheitssportprogramme (Eigene Grafik).

Im Bereich der Qualitätssicherung ist ein Managementhandbuch ein für jedes Unternehmen spezifisch gestaltetes und in einem Regelwerk niedergeschriebenes Dokument. Es gibt Auskunft über Qualitätsziele, Qualitätspolitik, Verantwortungsbereiche und aber auch zur Selbstdarstellung einer Organisation (Oess, 1991, S. 98). In Österreich konnte ich keine Sportorganisationen herausfinden, die ein Qualitätsmanagementhandbuch veröffentlicht hat. Ein Qualitätsmanagementhandbuch ist eine Erweiterung eines Gütesiegels, nur umfangreicher und genauer formuliert. Auch hier lässt sich ein Handlungsbedarf erkennen. Die Erstellung eines Qualitätshandbuches ist sicherlich mit hohem Arbeitsaufwand und Kosten verbunden, dennoch wird durch die genaue Dokumentation eine erhöhte Sicherstellung der Qualität im Sportsystem gewährleistet wie z.B. genaue Programmstruktur, Dokumentation, Qualitätsvorstellung, Philosophie der Sportorganisation. Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung befinden sich am Ende des Qualitätsregelkreises und sind nach meiner Ansicht nach wichtige Instrumente des Qualitätsmanagements. Die starke Präsenz dieser Instrumente wird auch durch die vielen Verbindungen (kennzeichnend mit den Pfeilen) zum Qualitätskriterium Qualitätssiegel und Qualitätssicherung deutlich. Diese beiden Qualitätskriterien ergänzen sich gegenseitig, da ein Qualitätsgütesiegel (siehe Kapitel 7.2) zur Sicherstellung der Qualität eingesetzt werden kann. Ebenfalls mit einer großen Ausprägung von Verbindungen (Pfeile), sind die aus dem Gesundheitssport bestehende Qualitätssicherung mit Teilnehmerzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Qualitätsmanagement bzw. Wirksamkeit der Kurse. Diese Bereiche sind im Umkehrschluss wichtig für eine zielgerechte Steuerung der Kundenorientierung, die in der Qualitätsplanung wieder zu finden ist.

Keine Verbindung (Kreuz) wurde von der Qualitätspolitik zu den Qualitätskriterien für Menschen im höheren Erwachsenenalter im Bereich Bindung, Räumlichkeiten/ Ort, Barrieren und Situationsanalyse erkannt. Die Tatsache einer fehlenden Verbindung zu der Qualitätspolitik ist aufgrund der spezifischen Nähe zum Themenfeld Sport. Dennoch lassen sich die Verbindungen (grüne Smileys) von der Situationsanalyse und der genauen Definition von Räumlichkeiten und Ort in der Literatur von Gesundheitssport wieder finden. Keine Verbindung (Kreuz) wurde in den Bereichen der Bindung an ein Sportprogramm und der Abbau von möglichen Barrieren in der Literatur der Qualität von Gesundheitssports gefunden. Trotzdem wurden diese beiden Qualitätskriterien, die gerade für diese Zielgruppe als bedeutend betrachtet werden, genauer in den ausarbeiteten Qualitätskriterien behandelt. Gerade die Aufrechterhaltung einer körperlichen Aktivität ist für Menschen im höheren Alter besonders wichtig, daher ist gerade im Qualitätskriterium „Bindung“ noch einiges zu entwickeln. Im Qualitätskriterium „Barrieren“ sind auch nach der Studie von Huber (1999) nicht nur die infrastrukturellen Maßnahmen verantwort-

lich, sondern auch die in der Gesellschaft vermittelten Normen und Werte. Für den Abbau und Identifikation dieser Barrieren ist die Kooperation zwischen den Organisationen (siehe auch Kapitel 6.4.6 Bewegungsverhältnisse) von Vorteil.

Im Hinblick auf die Programmstruktur einer Bewegungseinheit würde ich als zusätzliches Qualitätskriterium eine Mindestanforderung an Materialien (z.B. Overbälle, Therabänder, Pezzibälle usw.) als weitere Möglichkeit im Sinne einer Qualitätsverbesserung sehen. Ansätze zu diesen Anforderungen konnte ich im Gütesiegel „Sport pro Fitness“ erkennen, doch ich kann mir vorstellen, dass die kostenintensive Anschaffung solcher Materialien bei vielen Anbietern nicht in die Realität umgesetzt werden kann. Ein möglicher Grundgedanke könnte sein: Sportorganisationen, die eigentlich dem sozialen Dienstleistungen im Non-Profit Bereich eingegliedert sind, Kooperationen mit den kommerziellen Anbieter (z.B. Sportartikelindustrie) einzugehen. Konkret könnten die Produktionsfirmen Materialien für Probestunden oder Themeneinheiten zur Verfügung stellen. Auch im Gesundheitssport ist diese Verbindung im Bereich der spezifischen Serviceleitung oder auch Expertenberatung ansatzweise erwähnt worden. Effektiver wäre es, die Materialien günstiger oder gratis bereit zu stellen und im Gegenzug die Materialien für den Heimgebrauch der Teilnehmer/innen zu bewerben. Denn auch so kommt die Sportartikelindustrie zu den Endverbraucher/innen. Ideen würde es zur Genüge geben.

Im Bereich der Kundenbindung könnten z.B. Auszeichnung für langjährige Mitglieder/innen im Rahmen einer offiziellen Feier verliehen werden oder auch ein jährliches veranstaltetes Gesundheitstreff usw. Auch aus der Literatur (Woratschek 1999, S. 196) wird bestätigt, dass im Dienstleistungsbereich verstärkt die Kundenbedürfnisse und die steigenden Erwartungen der Kunden berücksichtigt werden, um eine längerfristige Kundenbindung zu erlangen.



## **9 Fazit**

Es ist mir bewusst, dass Qualitätsmanagement im Sport noch „in den Kinderschuhen“ steckt, da diesbezüglich noch wenig Literatur und eine geringe Anzahl an Studien zu finden waren. Speziell für die Zielgruppe „höheres Erwachsenenalter“ in Verbindung mit Gesundheitssport konnte ich lediglich eine sehr geringe Anzahl an Publikationen finden. Trotz allem bin ich davon überzeugt, dass sich in Zukunft der Sportsektor vermehrt und intensiv mit dem Thema Qualitätsmanagement und der dazugehörigen Qualitätsprüfung auseinander setzen wird. Das wohl wichtigste am Sport im Allgemeinen ist es, die Gesundheit jedes einzelnen und somit die Lebensqualität zu erhalten bzw. im positiven Sinne zu verändern. Im Breitensport sollte es primär nicht darum gehen „eine gute Figur zu machen“ oder lästige Kilos vor der Badesaison zu verlieren, sondern viel mehr darum, den Körper regelmäßig zu fordern und somit einen entscheidenden vorbeugenden Beitrag für die eigene Gesundheit zu setzen.

Oberflächlich betrachtet ist Sport „in aller Munde“ und es ist allzu oft ein gesellschaftliches Muss, die neuesten Sportarten mit dazugehörigen Modeaccessoires auszuüben. In dieser Hinsicht stellt Sport natürlich auch einen enormen Wirtschaftsfaktor dar. Meiner Ansicht nach nimmt aber gerade im Gegensatz dazu oft die natürliche „Bewegungsfreude“ an sich ab. Was bedeuten soll: zwei mal die Woche Kurs im nächsten In-Fitnessstudio aber der 5-minütige Weg dorthin auf jeden Fall mit dem Auto. Diese Entwicklung ist unabhängig des Alters für mich sehr oft zu beobachten. Ich erkenne hieraus zweierlei wichtige Ansatzpunkte: erstens ist es essentiell, dass das allgemeine Bewegungsbewusstsein gestärkt wird und zweitens ist es von enormer Bedeutung, die angebotenen Bewegungs- und Sportprogramme übergreifend und einheitlich auf ihre Qualität hin zu prüfen bzw. Qualitätsstandards auch für Trainer/innen festzulegen, damit das in Anspruch genommene Angebot auch von langfristigem gesundheitlichem Nutzen sein kann.

Besonders im Bereich des Sports für Personen im höheren Erwachsenenalter ist Bewegung nicht nur von großer gesundheitlicher Bedeutung, sondern kann auch ganz entscheidend dazu beitragen, soziale Kontakte herzustellen sowie das Selbstwertgefühl steigern, was sich umgekehrt wieder positiv auf das Lebensgefühl und die Gesundheit auswirken kann. Bezüglich sportlicher Aktivitäten die von Sportvereinen, Fitnessstudios oder anderen privaten Anbietern geboten werden ist es enorm wichtig, die hohe und fachlich einwandfreie Eignung (Qualität) der Kursleiter/innen, die Wissensvermittlung sowie die Reflexion zu garantieren. Im Vordergrund darf nicht das wirtschaftliche Denken der Anbieter stehen, sondern vielmehr das Streben nach hoher Qualität, auch im Sport, da für mich nur so ein langfristiger gesundheitlicher Erfolg zu erreichen ist.

Für Personen im höheren Erwachsenenalter wäre es aus meiner Sicht in Zukunft von Vorteil, wenn Sportverbände mit Sportvereinen, kirchlichen Organisationen, Wohlfahrtsverbänden sowie kommunalen Sportanbietern ein gemeinsames Handeln bilden. Hier sehe ich den Weg durch gemeinsame, gelungene Kommunikation und Organisation aller Organisationen ein flächendeckendes und qualitativ hochwertiges Angebot an verschiedenen Aktivitäten mit vor allem *leichtem Zugang* zur Verfügung zu stellen. Der Ansatz, verstärkt eine Kooperation mit Ärzten und Krankenkassen aufzubauen, wie es in Österreich das Projekt „Gesund bewegt“ umsetzt, ist meiner Meinung nach ein erster bedeutender Schritt in Richtung dieser Netzwerkarbeit. Durch meine für diese Arbeit vorgenommenen Literaturrecherchen habe ich festgestellt, dass auch einige Autoren (z.B. Brehm et al., 2006b, S.46; Huber, 1999, S. 157) der Ansicht sind, dass die Ärzte eine wichtige Rolle im Gesundheitssport spielen und verstärkt einbezogen werden sollten. Der Grundgedanke „Gesund bewegt“ bietet sich vor allem auch für Erwachsene im höheren Alter an, da der Arzt oft ein nahestehender Bezugspartner sein kann.

Um Projekte wie z.B. „Bewegt gesund“ längerfristig in die gesellschaftlichen Strukturen zu integrieren, sind alle Sportverbände und Institutionen aufgerufen, verstärkt in die Netzwerkarbeit einzugreifen und so durch gemeinsames Handeln für mehr Bewegung und Sport in unserer Gesellschaft zu arbeiten. Die Verantwortung liegt bei diesem Projekt vor allem bei den Ärzten, denn nur sie können darüber entscheiden, den Patienten/innen Bewegung zu empfehlen oder doch ein Medikament verschreiben, da meistens eine Genesung innerhalb von wenigen Tagen sein sollte. Bei der zweiten Möglichkeit (die auch sicherlich die bequemste ist) versteckt sich die Pharmaindustrie, die nicht daran bedacht ist, deren Verkaufszahlen zu schwächen. Ein solches Projekt könnte langfristig dazu beitragen, das Bewegungsverhalten der Bevölkerung positiv zu verändern und das Bewusstsein für einen aktiven Lebensstil zu wecken. In diesem Sinne sollte sportliche Aktivität nicht nur ein Mittel sein um allfällige Beschwerden zu verringern oder zu mildern, sondern auch einen Weg darstellen, um allfälligen physischen und auch psychischen Beschwerden zu entgehen. Dass sich körperliche Ertüchtigung, ob alleine oder in der Gruppe, auch positiv auf das psychische Gleichgewicht auswirken kann, konnte ich selbst als Trainerin von Erwachsenen im höheren Alter erfahren. Die Zusammenarbeit mit Ärzten, einheitliche Qualitätsstandards sowie ein verstärktes Qualitätsmanagement der Sportorganisationen werden in Zukunft meiner Ansicht nach unumgänglich sein.

Erstrebenswertes Ziel für die Gesellschaft: Mehr Bewegung statt (oft) unnötiger bzw. vermeidbarer Medikamente. Aber genau um dieses Ziel in Zukunft erreichen zu können, muss man meiner Ansicht nach vehement auf qualifizierte Übungsleiter/innen bestehen und sich mit dem Thema Qualitätsmanagement intensiv auseinandersetzen. Obwohl jede

Form der Bewegung grundsätzlich zu begrüßen und zu bejahen ist, ist es aber für mich gerade im längerfristigen gesundheits- bzw. medizinischen Bereich unumgänglich auf hoch qualifizierte Übungsleiter/innen und vor allem der Qualität der Bewegungseinheit zu setzen.

Der Boom der kommerziellen Sportanbieter ist nicht zu leugnen und ich denke, dass es für Personen im höheren Erwachsenenalter oft schwierig ist das passende und nach Möglichkeit auch qualitativ hochwertigste Angebot in der Fülle zu eruieren. Resultat ist nicht selten, dass das gewählte Programm nicht den Vorstellungen entspricht bzw. nicht den gewünschten Erfolg mit sich bringt und in der Folge oft Resignation eintritt. Genau das gilt es zu vermeiden. Eine gute Möglichkeit hierfür sind die verbindlich festgelegten Qualitätsstandards, die in Form von Gütesiegel verliehen werden (siehe auch Kapitel 7.2). Eben solche Qualitätsstandards würden dazu beitragen, dass Ärzte sowie die Konsumenten des Bewegungsangebots darauf vertrauen können, die beste mögliche Betreuung und Organisation für die Gesundheit zu erhalten.

Im Bereich des täglichen Lebens begegnen uns Gütesiegel für jegliche Art von Produkten und Dienstleistungen, die von unabhängigen Institutionen kontrolliert und ausgestellt werden (z.B. AMA-Gütesiegel, Bio-Gütesiegel, Gütersiegel – Meisterbetrieb usw.). Eine qualitätssteigernde Maßnahme ist, Bewegungsprogramme mit „Gütesiegel“ auszustatten, um so den Teilnehmer/innen einen Qualitätsstandard zu garantieren. Bewegungsprogramme mit Gütesiegel auszustatten ist ein großer Schritt in Richtung Qualitätsverbesserung, dennoch kann dadurch keine 100%ige Garantie über deren Einhaltung gewährleistet werden, weil meiner Meinung nach es meistens leichter ist, etwas selber zu entwickeln und gleichzeitig auch darüber zu entscheiden in welchem Ausmaß es anzuwenden ist. Auch hier stellen die Autoren Fehres und Pauly (2006, S. 294) die Frage, wer die Gütesiegel in Sportorganisationen ausstellt bzw. auch auf deren Standards und für die Vergabe kontrolliert. Deswegen sehen Fehres und Pauly (2006) die Möglichkeit, eine unabhängige übergreifende Qualitätssicherungsinstitution einzurichten, die nach den Autoren eine weitere Qualitätssicherung beitragen würde. Trotzdem geht es hier um die Gesundheit der Teilnehmer/innen, um die körperliche Verfassung jedes einzelnen und die sollte sich in „guten Händen“ wissen und nicht marktwirtschaftlichen Faktoren ausgesetzt sein.

Dennoch: gute Qualität braucht nicht immer perfekte Strukturierung aller in einer Bewegungsstunde ablaufenden Prozesse, wie z.B. Minuten genaue Abstimmung aller Sequenzen, oder genau vorgegebene Bewegungsmuster, die strikt eingehalten werden müssen - es geht vielmehr darum, die Prozesse einer Organisation durch den Qualitätsverantwortlichen so zu optimieren, dass auch die Übungsleiter/innen ihre Individualität

und Kreativität nicht verlieren! Es ist mir wohl bewusst, dass ein strukturiertes Qualitätsmanagement sehr viel Zeit in die Planung investiert und manches „unnötig“ erscheinende auch verschriftlicht wird, doch ich finde, dass auch das System „Sport“ vor dem Qualitätsmanagement nicht zurückschrecken darf und sich daraus nur Vorteile ergeben können. Wie auch der Deutsche Turner-Bund der die Qualitätsphilosophie des TQM vertritt und die Qualitäts /Bausteine unterschiedlich weit integriert und gefestigt sind (Hartmann, Opper & Sudermann, 2005). Dieses Beispiel des DTB hat gezeigt, dass auch ein Qualitätsmanagement in Sportorganisationen sehr gut zur Anwendung kommen kann.

Tatsache ist gemäß von Statistik Austria (2010), das im Jahr 2020 jeder fünfte österreichische Einwohner älter als 59 Jahre sein wird und die Gesellschaft in Österreich (und generell in den westlichen Industriestaaten) immer älter wird. Ganz abgesehen von den vielen Herausforderungen die dieser Umstand das vorherrschende soziale System stellen wird, kann es nur ein Anliegen aller sein, Personen höheren Alters gesund und „fit“ zu sehen. Auch wenn im Bereich der Qualitätspolitik von Bewegungs- und Sportangeboten aus wissenschaftlicher Sicht noch Fragen unbeantwortet sind, gehe ich persönlich grundsätzlich von der Bedeutsamkeit und dem positiven Nutzen der Bewegungs- und Sportaktivitäten für Personen im höheren Erwachsenenalter aus.

## **10 Zusammenfassung**

Qualitätsmanagement ist ein Überbegriff für die gezielte Planung und Steuerung aller in einer Organisation ablaufenden Prozesse. In Sportinstitutionen und auch im Gesundheitsbereich wird zunehmend das Themenfeld Qualitätsmanagement gefordert. Sport im Bereich der gesundheitsfördernde Bewegungsangebote ist den Dienstleistungen zuzuordnen. Das Qualitätsmanagement in einer Organisation ist gefordert, die Qualität in einer Bewegungseinheit so zu optimieren, dass die Teilnehmer/innen sich längerfristig an das Angebot binden bzw. auch erkennen, wie wichtig besonders im höheren Erwachsenenalter ein aktiver Lebensstil ist. Das theoretische Konstrukt Dienstleistungsqualität lässt sich aus den Wortbestandteilen „Dienstleistung“ und „Qualität“ beschreiben. Die wesentlichen Merkmale einer Dienstleistung sind die nicht greifbare erbrachte Leistung sowie die Inanspruchnahme des Produktes als Ganzes. Durch die unterschiedlichen Definitionen und Auffassungen von Qualität wird versucht, Qualität von zwei Perspektiven zu veranschaulichen. Generell kann Qualität objektiv bewertet werden (produktbezogener Qualitätsbegriff) oder auch aus der Kundensicht, die auch als subjektive Wahrnehmung der Leistungen definiert wird. Durch die subjektive Wahrnehmung der Kunden/innen, die auch kennzeichnend für Dienstleistungen ist, werden unterschiedliche Auffassungen und Sichtweisen von Qualität deutlich. Diese werden in der Literatur als Qualitätsdimensionen beschrieben. Zu den wichtigsten Dimensionen gehören die Potential-, Prozess- und Ergebnisdimension von Donabedian, die technische und funktionale Dimension von Grönroos, und die Diskrepanz-Dimensionen von Parasuraman et al.. Aus den erläuterten Begriffen ergibt sich die Dienstleistungsqualität, die in ihrer Gesamtheit daran ausgerichtet ist, Qualität aus der Kunden- Wettbewerber und der eigenen Organisation zu beurteilen, um eine erhöhte Kundenzufriedenheit sowie Kundenbindung zu ermöglichen. Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen und Interpretationen der Dienstleistungsqualität wird durch verschiedene Modelle versucht, die Dienstleistungsqualität zu operationalisieren und zu messen. Diese Modelle überprüfen, ob und inwieweit die Anforderungen an die Dienstleistungsqualität in die Realität umgesetzt wird. In der Arbeit wurden kundenorientierte Messverfahren (externe Qualitätsprüfung) und anbieterorientierte Messverfahren (interne Qualitätsprüfung) genauer beschrieben. Dabei leisten diese unterschiedlichen Dimensionen von Donabedian, Grönroos und Parasuraman et al. Strukturierungsarbeit und dienen dabei als Orientierungsrahmen für dienstleistungsspezifische Messverfahren von Qualität. Ausgehend von der unterschiedlichen Betrachtung der Begriffe Dienstleistung und Qualität wurde im Anschluss daran das Themenfeld Qualitätsmanagement konkretisiert. In Theorie und Praxis existieren verschiedene Qualitätsmanagement-Modelle, die für eine Verbesserung der Abläufe und Strukturen dienen. Für diese Arbeit in

Bezug auf das Themenfeld Sport und Gesundheitsförderung wurden das TQM (EFQM) und das Prozessmanagement-Modell näher betrachtet. Besonders bei Sportorganisationen stellt sich die Herausforderung den Wandel der Altersstrukturen nicht zu übersehen, um deren Gesundheits- und Breitensportangebote auf deren Dienstleistungsqualität zu überprüfen. Um die älteren Mitglieder an Organisationen zu binden, stellt die Qualität der Sportdienstleistung einen wichtigen Teil dar. Dazu werden im Dienstleistungsbereich verstärkt die Kundenbedürfnisse berücksichtigt um eine längerfristige Kundenbindung zu erlangen. Auch die Verantwortlichen von Bewegungsangeboten in Sportorganisationen sind aufgefordert, die Kundenorientierung und deren Ausrichtung an sämtliche Tätigkeiten und Abläufe der Organisation auf die Wünsche und Bedürfnisse der Mitglieder/innen abzustimmen. Kundenorientierung versucht sich an der Kundenanforderung und der Kundenzufriedenheit auszurichten, um somit die Qualität von Angeboten zu verbessern. Darüber hinaus werden unter Kundenorientierung alle Maßnahmen verstanden, die auf die Wünsche, Anforderungen und Erwartungen der Kunden/innen eingehen. Kennzeichnend für ein Qualitätsmanagement in Sportorganisationen ist es, Kundenorientierung zu analysieren, um dadurch deren Wünsche und Bedürfnisse an Bewegungsangebote zu erkennen. Zur Analyse der Kundenzufriedenheit wurde in dieser Arbeit das Confirmation / Disconfirmation – Modell betrachtet, da es den Vergleich zwischen der wahrgenommenen Leistung (Wie hat das Mitglied die Bewegungseinheit wahrgenommen) mit der Soll-Leistung (Wie waren die Vorstellungen und Erwartungen) aufzeigt. Aus diesen Vergleichen ist es möglich eine positive oder negative Disconfirmation oder auch die Kundenzufriedenheit auf einem Konfirmationsniveau zu ermitteln. Abschließend zu diesem Abschnitt bringt das Kano-Modell den Zusammenhang von Kundenanforderung und der Kundenzufriedenheit in einer grafischen Darstellung zum Ausdruck. Im Rahmen der externen Qualitätsprüfung wurden die Anforderungen aus Sicht der Kunden überprüft und vertiefend auf die Einstellungsforschung, Ereignisforschung, Kundenzufriedenheitsforschung und die Beschwerdeforschung eingegangen.

Um einen optimalen Leistungserstellungsprozess in einer Bewegungsstunde zu gewährleisten, ist der Einsatz von unterschiedlichen Qualitätsmethoden notwendig. Diese Qualitätsmethoden oder auch Qualitätstechniken, die dem Oberbegriff der Qualitätspolitik zugeordnet sind, werden von der Führung der Organisation eingesetzt. Im Hintergrund der Anwendbarkeit für Sportorganisationen wurde auf das Teilgebiet Qualitätspolitik mit den dazugehörigen Regelkreis eingegangen. Der Übergang von der wirtschaftlichen Perspektive des Qualitätsmanagements zu dem Thema Gesundheit und Sport wurde durch aktuelle Studien über die Bedeutung eines aktiven Lebensstils verdeutlicht. Durch die genaue Differenzierung von Gesundheitswirkung, Gesundheitsverhalten und

Gesundheitsverhältnisse der Gesundheitsförderung wurden im weiteren die Kernziele des Gesundheitssports konkretisiert. Durch die Erläuterung der Kernziele sollte ebenfalls verdeutlicht werden, dass durch den Gesundheitssport nur dann effiziente Gesundheitswirkungen in Bewegungsprogrammen erzielt werden können, wenn entsprechende Bewegungsverhältnisse geschaffen werden. Zur Sicherung der Qualität von Bewegungsprogrammen wurden unter anderem auch die Informationen der Sportverbände in Deutschland (Deutscher Turner Bund sowie Deutscher Schwimmverband) sowie vom Deutschen Olympischen Sportbund und in Österreich das Gütesiegel (Fit für Österreich) untersucht. Diese haben für den Gesundheitssport Qualitätsanforderungen formuliert, die durch die Vergabe von Qualitätssiegel bestätigt wird. Als weitere Beispiele wurden auch Konzepte einzelner Landesverbände wie „G.U.T“ (Gesund Trainiert) und auch „Fit bis ins hohe Alter“ erläutert. Vor dem Hintergrund der erwähnten Kernziele und der Qualitäten von Gesundheitssport wurden im letzten Kapitel Qualitätskriterien formuliert. Diese Qualitätskriterien wurden mit Hilfe des Berichtes „Gesundheitssportprogramme in Deutschland“ von Brehm et al. (2002) angepasst und durch weitere Literatur ergänzt.

## 11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich der beiden Qualitätsbegriffe der ISO 8402 und der ISO 9000: 2005-12 (modifiziert nach Zollondz, 2002, S. 166).	16
Abbildung 2: Schematische Darstellung der drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian (modifiziert nach Zollondz, 2002, S. 161; Hartmann et al., 2005, S. 22).	19
Abbildung 3: Erfolgskette des Qualitätsmanagements für Dienstleistungen (modifiziert nach Bruhn, 2001, S. 58; in Bruhn, 2008, S. 9).	23
Abbildung 4 : GAP-Modell der Dienstleistungsqualität (modifiziert nach Parasuraman, Zeithaml & Berry , 1985; in Meffert & Bruhn, 1997, S. 237).	26
Abbildung 5: Dynamisches Prozessmodell (modifiziert nach Boulding et al., 1993, S. 12; in Bruhn & Meffert, 1997, S. 241).	29
Abbildung 6: Qualitätsmanagement von Gesundheitssport (modifiziert nach Hartmann, Oppert & Sudermann, 2005, S. 95).	32
Abbildung 7: Aneinanderreihung interner und externen Kunden-Prozess (modifiziert nach Kaminske & Brauer 2002, S. 46).	37
Abbildung 8 : Qualität und Kundenzufriedenheit (modifiziert nach Behrens, 2001, S. 10).	38
Abbildung 9: Darstellung des C/D- Paradigmas: Vergleichsmechanismus, zur Entstehung von Kundenzufriedenheit (modifiziert nach Homburg & Stock-Homburg, 2006, S. 21).	40
Abbildung 10: Kano-Modell, Zusammenhang zwischen Kundenanforderung und Kundenerwartung (modifiziert nach Kamiske & Brauer, 1999, S. 127).	41
Abbildung 11: Betriebliche Leistungen als Kette von Einzelprozessen (modifiziert nach Junghans in Masing 1995, S. 251).	42
Abbildung 12: Modell der Prozessorientierung (modifiziert nach Kamiske & Brauer 2002, S. 59; Daumann, 2004, S. 75; Hartl & Wernisch, 2006, S.33).	43
Abbildung 13: Deming-Zyklus der ständigen Verbesserung (modifiziert nach Kaminske & Brauer, 1999, S. 294).	45
Abbildung 14: Die drei wesentlichen Elemente des Total Quality Management (modifiziert nach Kamiske & Brauer, 1999, S. 312).	46
Abbildung 15: EFQM- Modell des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen (modifiziert nach Breuer & Erdtel, 2005, S. 176).	48
Abbildung 16: Phasen und Ziele eines Qualitätsmanagements (modifiziert nach Kamiske & Brauer, 1999, S. 198; Meffert & Bruhn, 1997, S. 257).	50
Abbildung 17: Die Prävalenz des metabolischen Syndroms und die Anteile des Risikofaktors aufgeteilt in aktive Männer und nichtaktive Männer (Brein & Katzmarzyk, 2006, S. 41).	63
Abbildung 18: Häufigste Todesursachen der 45- bis 64-Jährigen in den Perioden 1992-1996 und 1997-2001 nach Geschlecht getrennt. Volkszählungen 1991 und 2001; Todesursachenstatistik 1992 -2001 (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S.12).	64
Abbildung 19: Institutionen von Erwachsenenbildung (eigene Recherche).	70
Abbildung 20: Anteil der Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens nach Alter und Geschlecht (Prozentwerte) (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, S. 16).	75
Abbildung 21: Kernziele von Gesundheitssport und ihre Wechselbeziehung (Brehm et al., 2006b, S.22).	79
Abbildung 22:Tätigkeitsfelder des Qualitätsmanagements (modifiziert nach Jacobs, B. 2003, S. 146).	88
Abbildung 23: Modell von Gesundheitssport (modifiziert nach Brehm et al., 2002, S. 25).	93
Abbildung 24: Übersicht der behandelten Gütesiegel von Österreich und Deutschland (eigene Recherchen).	95
Abbildung 25: Analyse der Gütesiegel (eigene Grafik).	97



<i>Abbildung 26 : Tabellarische Darstellung von 5 Ausbildungsmöglichkeiten (eigene Darstellung).</i>	114
<i>Abbildung 27: DTB-Ausbildungssystem (Deutscher Turnerbund, 2008, S. 16).</i>	116
<i>Abbildung 28: Strukturelle Elemente der Qualitätspolitik (modifiziert nach Huber, 1999, S. 10).</i>	123
<i>Abbildung 29: Zusammenhang von Qualitätspolitik, Qualitätskriterien und der Qualitäten der Gesundheitssportprogramme (Eigene Grafik).</i>	126

## 12 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Regeln für ein erfolgreiches Stimmungsmanagement bei sportlichen Aktivitäten</i>	82
<i>Tabelle 2: Wissensvermittlung bei Bewegungsangeboten.</i>	84
<i>Tabelle 3: Kompetenzerwartung für die Gestaltung von gesundheitssportlichen Aktivitäten.</i>	85
<i>Tabelle 4: Förderung von sozialer Unterstützung.</i>	85
<i>Tabelle 5: Qualitätskriterien: Pluspunkt Gesundheit / Sport pro Gesundheit / Gesund und Fit im Wasser</i>	98
<i>Tabelle 6: Qualitätskriterien: Sport pro Fitness</i>	100
<i>Tabelle 7: Qualitätskriterien: Sport pro Reha</i>	101
<i>Tabelle 8: Fit für Österreich - Qualitätskriterien</i>	102
<i>Tabelle 9: Programmstruktur</i>	107
<i>Tabelle 10: Programmdokumentation</i>	118

## 13 Literaturverzeichnis

- Alfermann, D. (1998). Selbstkonzept und Körperkonzept. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport* (S. 212- 220). Schorndorf: Karl Hofmann.
- Allmer, H. & Schulz, N. (1987). Gesundheitserziehung – Wege und Irrwege. Einführung in das Thema. In H. Allmer & N. Schulz (Hrsg.), *Gesundheitserziehung. Wege und Irrwege*. (Brennpunkte der Sportwissenschaft, 1 S.9-12). Sankt Augustin: Academia.
- Allmer, H. (2006). Bewegung und Sport der Älteren – neu betrachtet. In M. Tietjens & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Sportpsychologie*. Ein Handbuch. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport (S. 126-135). Schorndorf: Karl Hofmann.
- Allmer, H. & Denk, H. (Hrsg.). (1996). *Alterssport*. Aktuelle Forschungsergebnisse. Schorndorf:
- Altgeld, K. & Stöbe-Blossey, S. (Hrsg.). (2009). *Qualitätsmanagement in der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung. Perspektiven für eine öffentliche Qualitätspolitik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- American College of Sport Medicine (1998a). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in sport and Exercise*, 20 (4), S. 992-1008.
- American college of Sports Medicine (1998b). The recommendet quantity and quality of exercise for eveloping and maintaining cardioresiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30 (6), S. 975-991.
- Badelt, C. (2002). *Handbuch der Nonprofit Organisation. Strukturen und Management*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. The Academy of Sciences and Technology in Berlin. Forschungsbericht 5 (S.1-34) Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Bässler, R. (1997). *Freizeit & Sport in Österreich. Eine gesellschaftspolitische und marktorientierte Trendanalyse zur Entwicklung des Freizeitsports in Österreich*. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Baumann, H. (1997). *Bewegung und Sport mit älteren Menschen*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Beckert, G. (2005). *Analyse der Bedingungen für die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems in Einrichtungen des Gesundheits-und Sozialwesens und die Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Behrens, J. (2001). *Erfolgsfaktor Qualitätsmanagement. Kundenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit Beispiele aus der Praxis*. Nürnberg: BW Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH.
- Bezold, T. (1996). *Zur Messung der Dienstleistungsqualität. Eine theoretische und empirische Studie zur Methodenentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des ereignisorientierten Ansatzes*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Lang.
- Bezold, Th. (1999). Die Sequentielle Ereignismethode – Das Instrument zur Messung der Dienstleistungsqualität im Sport? In H. D. Horch (Hrsg.), *Professionalisierung im Sportmanagement*. Beiträge des 1. Kölner Sportökonomie-Kongresses. Aachen: Meyer und Meyer.
- Boeck-Behrens, W.U & Buskies, W. (2007). *Fitness-Krafttraining. Die besten Übungen und Methoden für Sport und Gesundheit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Brehm, W., Bös, K., Oppen, E. & Saam, J.(2002). *Gesundheitssportprogramme in Deutschland*. Schorndorf: Hofmann.
- Brehm, W. & Bös, K. (2003). Kernziele als Qualitätskriterien von Gesundheitssport. *Public Health Forum*, 11 (41), 11-12.

- Brehm, W. & Bös, K. (2006). Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport*. (2., vollständig neu bearbeitete Aufl.). (S.7-30). Schorndorf: Hofmann.
- Brehm, W. (2006). Gesundheitssport – Kernziele, Programme, Evidenzen. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses* (S. 243-255). Heidelberg: Springer.
- Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006b). *Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen*. Weinheim & München: Juventa.
- Brehm, W., Pahmeier, I. & Tiemann, M. (2001). *Gesund und Fit: Gesundheitssportprogramme für Erwachsene*. Schorndorf: Hofmann.
- Brehm, W., Sygusch, R. & Tittlbach, S. (2008). Gesundheits-und Fitness-Sport als Ressource für Erwachsene. In M. Knoll & A. Woll (Hrsg.), *Sport und Gesundheit in der Lebensspanne*. Jahrestagung der dvs-Kommission Gesundheit vom 10.-11.April 2008 in Bad Schönborn. Hamburg: Czwalina.
- Breuer, Ch. & Erdtel, M. (2005). Qualitätsmanagement in Sportorganisationen. In Ch. Breuer & A. Thiel (Hrsg.), *Handbuch Sportmanagement*. (S. 164-179). Schorndorf: Hoffmann.
- Brien, S.E. & Katzmarzyk, P.T. (2006). Physical activity and the metabolic syndrome in Canada. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*, 31, 40-46.
- Bruhn, M. & Stauss, B. (Hrsg.). (1995). *Dienstleistungsqualität. Konzepte-Methoden-Erfahrungen*. (2., überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Bruhn, M. (1995). Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing- eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität. Konzepte - Methoden - Erfahrungen*. (2., überarbeitete Aufl.). (S.381- 399). Wiesbaden: Gabler.
- Bruhn, M. (1996). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. Berlin, Heidelberg, New York, Budapest, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Tokyo: Springer.
- Bruhn, M. (2004). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. (5., verbesserte Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Daumann, D. (2004). *Qualitätsmanagement – Ratifizierung von Entwicklungen in Qualitätssicherungssystemen aufgrund der Umstellung von ISO 9001:1994 auf ISO 9001:2000*. Diplomarbeit, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Informatik der Universität Wien.
- Dembski, M. & Lorenz, Th. (1995). *Zertifizierung von Qualitätsmanagement-systemen bei Bildungsträgern*. (2., aktualisiert und verbesserte Aufl.). Renningen-Malmsheim: Expert Verlag.
- Denk, H., Pache, D. & Schaller, H.-J. (2003). *Handbuch Alterssport*. Schorndorf: Hofmann.
- Deutscher Olympischer Sport Bund (DOSB) (Hrsg.) (2007). *Bewegungsangebote 70 plus*. Werkheft 7. Frankfurt am Main: DOSB.
- Deutscher Olympischer Sport Bund (DOSB) (Hrsg.). (2009). *Sport pro Gesundheit. Qualität für präventive Bewegungsprogramme*. (5., Aufl.). Frankfurt /Main: DOSB.
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.). (2005, 2006). Jahresmagazin. Eine Publikation des Deutschen Sport Bundes.
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (2004). *WIAD-Studie. Sport und Gesundheit. Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheitsstabilität*. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands e.V. Frankfurt am Main: Kunze & Partner.
- Deutscher Turner Bund (DTB) (Hrsg.). (2005). *Bewegungs-und Gesundheitsförderung für Hochaltrige*. Frankfurt/Main: DTB.

- Erlemeier, N. (1998). *Alternspsychologie: Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. New York, München, Berlin: Waxmann.
- Fehres, K. & Pauly, P. (2006). Herausforderungen der Zukunft- Entwicklung des Turn- und Sportvereins als gesunder Lebensort. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses* (S. 291-298). Heidelberg: Springer.
- Feuchthofer, J.E. & Severing, E. (Hrsg.). (1995). *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung*. Berlin: Luchterhand.
- Fit für Österreich (FFÖ) (Hrsg.). (2008). *Qualitätskriterien*. E-Mail von Mag. Jasmin Sencalis am 10.Juli 2010.
- Fit für Österreich (FFÖ) (Hrsg.). (2010). *Bewegungsangebote*. Frühjahr 2010. Niederösterreich. Wien: Fit für Österreich.
- Franz, H.W. (1999). *Integriertes Qualitätsmanagement. (IQM) in der Weiterbildung. EFQM und DIN ISO 9001. Modell, Instrumente, Fallstudie*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co.KG.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Sportpsychologie. Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Garvin, D.A. (1984). What Does „Product Quality“ Really Mean? *Sloan Management Review*, 25 (3), 25-43.
- Haller, S. (1995). *Beurteilung von Dienstleistungsqualität: Dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich*. Wiesbaden: Gabler.
- Hänsel, F. (2005). Kundenzufriedenheit. In Ch. Breuer & A. Thiel (Hrsg.), *Handbuch Sportmanagement*. (S. 343-352). Schorndorf: Hofmann.
- Hartl, F. & Wernisch, D. (2006). *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Hartmann, H., Oppen, E. & Sudermann, A. (2005). *Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein*. Theoretische und konzeptionelle Grundlagen sowie Ergebnisse der Erprobung für die Qualitätssiegel-Angebote Pluspunkt Gesundheit DTB. Schorndorf: Hartmann.
- Hartmann, H., Oppen, E., Stein, Th. & Sudermann, A. (2004). Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein am Beispiel der Konzeption des Deutschen Turner Bundes. In A. Woll, W. Brehm & K. Pfeifer (Hrsg.), *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie*. (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft 139, S. 219-229). Hamburg: Czwalina.
- Hentschel, B. (1992). *Dienstleistungsqualität aus Kundensicht. Vom merkmals-zum ereignisorientierten Ansatz*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Hentschel, B. (1995). Multiattributive Messung von Dienstleistungsqualität. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität. Konzepte-Methoden- Erfahrungen*. (2., überarbeitete Aufl.). (S. 349-375). Wiesbaden: Gabler.Hofmann.
- Homburg, Ch. & Stock-Homburg, R. (2006). Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In Ch. Homburg (Hrsg.), *Kundenzufriedenheit. Konzepte-Methoden- Erfahrungen*. (6., Aufl.). (S. 18-43) Wiesbaden: Gabler.
- Huber, G. (1999). *Evaluation gesundheitsorientierter Bewegungsprogramme*. Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. Waldenburg: Sport Consult.
- Jakobs, B. (2003). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 19, 146-147.
- Kamiske, G.F. & Brauer, J.P. (1999). *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements*. (3.aktualisierte Aufl.). München, Wien: Carl Hanser.
- Kamiske, G.F. & Brauer, J-P. (2002). *ABC des Qualitätsmanagements*. (2. Aufl.). München, Wien: Carl Hanser.

- Kluge, J. (2002). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Berlin, New York.
- Knoll, M. (1997). *Sporttreiben und Gesundheit. Eine kritische Analyse vorliegender Befunde*. Schorndorf: Karl Hoffmann Verlag.
- Kolb, M. (1999). *Bewegtes Altern. Grundlagen und Perspektiven einer Sportgeragogik*. Schorndorf: Hofmann.
- Kolland, F. (2005). *Bildungschancen für ältere Menschen. Ansprüche an ein gelungenes Leben*. Wien: LIT Verlag.
- Kolland, F. (2009). *Good Practice in der Seniorenbildung*. Institut für Soziologie. Universität Wien.
- Kulturministerium Nordrhein-Westfalen. (1992). *Materialien zum Sport in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsorientierte Angebote in Sportvereinen*. Heft 34. Düsseldorf: Verlagsgesellschaft Ritterbach.
- Lames, M & Kolb, M. (1997). *Gesund & Bewegt: Gesundheitsförderung in Sportvereinen*. (1. Aufl.). Sankt Augustin: Academia.
- Lehr, U. (2000). *Psychologie des Alterns*. (9. Auflage.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Liebelt, J. (1999). *Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisationen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Masing, W. (1994). *Handbuch Qualitätsmanagement*. (3. überarbeitete Aufl.). München, Wien: Hanser.
- Masing, W. (1995). Planung und Durchsetzung der Qualitätspolitik im Unternehmen – zentrale Prinzipien und Problembereiche. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität. Konzepte- Methoden- Erfahrungen*. (2., überarbeitete Aufl.). (S. 239- 256). Wiesbaden: Gabler.
- Mayer, K.U. (1992). Bildung und Arbeit in einer alternden Bevölkerung. In P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. The Academy of Sciences and Technology in Berlin. Forschungsbericht 5 (S. 519-443) Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Meffert, H. & Bruhn, M. (1997). *Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. Mit Fallbeispielen. (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Meister, U. (1998). *Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich*. (2., unwes. veränd. Aufl.). Wien, München: Oldenbourg.
- Mertens, K. (1995). *Psychomotorische Aktivierungsprogramme für Alten-und Pflegeheime. Grundfragen der Akzeptanzgewinnung und der praktischen Anwendung*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Mrazek, J. (2006). Somatische Kultur, Körperkonzept und Geschlecht. In I. Hartmann-Tews & B. Rulofs (Hrsg.), *Handbuch Sport und Geschlecht*. (S. 78-86 ). Schorndorf: Karl Hoffmann.
- Oess, A. (1991). *Total Quality Management: die ganzheitliche Qualitätsstrategie*. (2., erw. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Opper, E., Brehm, W., Bös, K. & Saam, J. (2006). Zielgruppenspezifische Interventionen: Gesundheitssportprogramme. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport*. (2. vollständig neu bearbeitete Aufl.). (S. 154- 166). Schorndorf: Hofmann.
- Oschütz, H. & Bêlinová, K. (2003) Training im Alter. In H. Denk, D. Pache & H.-J. Schaller (Hrsg.), *Handbuch Alterssport*. (S. 147-199). Schorndorf: Hofmann.
- Pfeifer, K; Brehm, W.; Rütten, A.; Ungerer-Röhrich, U. & Wegner, M. (2004). Ausbildung für das sportwissenschaftliche Handlungsfeld Gesundheit – Perspektiven für eine zukünftige Entwicklung. In A. Woll, W. Brehm & K. Pfeifer (Hrsg.), *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie*. (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft 139, S. 27-43). Hamburg: Czwalina.
- Regelin, P., Winkler, J., Nieder, R. & Brach, M. (2007). *Fit bis ins hohe Alter. Eine Kurskonzeption zur Erhaltung von Selbstständigkeit und Verhütung von Stürzen im Alter*. Kursmanual. Aachen: Meyer & Meyer.

- Rehn, B. (1999). Die Bedeutung des internen Audits für das kontinuierliche Lernen. Soziale Einrichtungen auf neuen Wegen. In J. Liebelt (Hrsg.), *Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisationen*. (S. 51-71). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Röger, U. (2005). *Fit und vital älter werden. Eine empirische Untersuchung zur Entstehung Realisierung und Wirkung eines Seniorensportprojekts aus Organisations- und Teilnehmersicht*. Schorndorf: Karl Hofmann.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzwiller, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (S.38-51). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Schaller, H.J. (2003). Alterssportkonzepte in Deutschland. In H. Denk, D. Pache & H.J. Schaller (Hrsg.), *Handbuch Alterssport. Grundlagen- Analysen – Perspektiven*. (S. 243-288). Schorndorf: Karl Hofmann.
- Schötter, B. (1991). Sportanbieter für Ältere: Bestandsaufnahme und Perspektiven. In W. Tokarski, & H. Allmer (Hrsg.), *Sport und Altern. Eine Herausforderung für die Sportwissenschaft*. Brennpunkte der Sportwissenschaft, 5 (1), 22-35. Sankt Augustin: Academia.
- Schubert, A. & Bös, K. (1996). Zur motorischen Leistungsfähigkeit älterer Menschen. Theoretische Grundlagen und Forschungsergebnisse. In H. Denk (Hrsg.), *Alterssport. Aktuelle Forschungsergebnisse*. Schorndorf: Karl Hofmann.
- Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.). (2000). *Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. Jena: Urban & Fischer.
- Schütte, J. (2003). Angebote im kommerziellen Bereich. In H. Denk, D. Pache & H.J. Schaller. (Hrsg.), *Handbuch Alterssport. Grundlagen- Analysen – Perspektiven* (S. 289-298). Schorndorf: Karl Hofmann.
- SelbA – Kompetenz Center (2010). *Informationsunterlagen zur Ausbildung zur/m SelbA-TrainerIn*. Linz: SelbA-KompetenzCenter.
- Senn, P, Senn, P. Th. & Glanzmann, V. (2005). *Marketing und Qualität im Sportverein. Innovative Sportangebote als Erfolgsgarantie*. (Luzerner Beiträge zu Sportmanagement, Führung im Sportverein IV) Zürich: Rüegger.
- Sesso, H.D., Paffenbarger, R.S & Lee, Jr. I-M. (2000). Physical Activity and Coronary Heart Disease in men: The Harvard Alumni Health Study. *Circulation*, 102, 975-980.
- Spirduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Stauss, B. (1995). „Augenblicke der Wahrheit“ in der Dienstleistungserstellung- Ihre Relevanz und ihre Messung mit Hilfe der Kontakt-Analyse. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität. Konzepte-Methoden- Erfahrungen* (2., überarbeitete Aufl.). (S. 381-399). Wiesbaden: Gabler.
- Sudermann, A. & Oppen, E. (2006). Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 195-207). Schorndorf: Hofmann.
- Tiebel, Ch. (2006). *Management in Non Profit Organisationen. Wie Wohlfahrtsverbände, Sportorganisationen und Kulturbetriebe fit für die Zukunft werden*. München: Franz Vahlen.
- Tiemann, M. (2006). Gesundheitssport in Turn- und Sportvereinen – ein Beitrag zur Förderung der öffentlichen Gesundheit. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses* (S. 267-290). Heidelberg: Springer.
- Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2004). Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssport – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In A. Woll, W. Brehm & K. Pfeifer (Hrsg.), *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie*. Hamburg: Czwalina. Herausgeber: Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft.
- Tiemann, M., Buskies, W. & Brehm, W. (2005). *Rückentraining sanft und effektiv*. Kursleitermanual. Aachen: Meyer & Meyer.

- Tokarski, W. & Allmer, H. (1991). Sport und Altern: Seniorensport im Umbruch. In W. Tokarski & H. Allmer (Hrsg.), *Sport und Altern. Eine Herausforderung für die Sportwissenschaft*. Brennpunkte der Sportwissenschaft. 5 (1) (S. 3-4). Sankt Augustin: Academia.
- Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (S. 51-72). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Wagner, P. (2000). Aussteigen oder Dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Weiß, K. (1994). G.U.T – Gesund und Trainiert. Ein Kooperationsmodell des Württembergischen Landessportbundes. In A. Woll & K. Bös (Hrsg.), *Sport und Gesundheit. Teil 3. Ansätze und Perspektiven der Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegung* (S. 60-66). Schorndorf: LandesSport Verband Baden- Württemberg.
- Weiß, O. (1999). *Einführung in die Sportsoziologie*. Wien: WUV- Universitätsverlag.
- Woll, A. (2006). *Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf*. Eine internationale Längsschnittstudie. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Woratschek, H. (1999). Dienstleistungsqualität im Sport. In D. Horch (Hrsg.), *Professionalisierung im Sportmanagement. Beiträge des 1. Kölner Sportökonomie Kongresses*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Zech, R. (2008). *Handbuch. Qualität in der Weiterbildung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L & Parasuraman, A. (1995). Kommunikations- und Kontrollprozesse bei der Erstellung von Dienstleistungsqualität. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.). *Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Zeithaml, Valerie A., Parasuraman, A. & Berry Leonard L. (1992). *Qualitätsservice. Was Ihre Kunden erwarten- was Sie leisten müssen*. Frankfurt, New York: Campus.
- Zollondz, H. D. (2002). *Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte*. München, Wien: Oldenbourg.
- Zurwehme, A. (2006). *Erfolgsbezogene Steuerung von Weiterbildungseinrichtungen. Überlegungen zur Entwicklung eines Controlling-Systems für Bildungsanbieter*. Dresden: TUDpress.

## Elektronische Quellen:

- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Zugriff am 12.Juni 2010 unter [http:// www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (Hrsg.). (2000). Seniorenbericht. Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen Zugriff am 2.09.2010 unter [http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html? channel=CH0166](http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0166) .
- Deutscher Turnerbund (DTB). (2008). Gymwelt. Pluspunkt Gesundheit. Qualität im Gesundheitssport. Frankfurt am Main: DTB.
- Deutscher Olympische Sport Bund (DOSB). (2009). Netzwerkarbeit im Sport. Aufgezeigt am Sport der Älteren. Zugriff am 20.08.2010 unter [www.richtigfitab50.de/.../DOSB\\_Werkheft%20Netzwerkarbeit%20im%20Sport-%20Internet-Version.pdf](http://www.richtigfitab50.de/.../DOSB_Werkheft%20Netzwerkarbeit%20im%20Sport-%20Internet-Version.pdf)
- Deutscher Turner Bund (DTB). (2005). Sport pro Gesundheit & Pluspunkt Gesundheit. Eingangsfragebogen. PAR-Q Test. Zugriff am 31.08.2010 unter <http://www.dtb online>.



de/portal/fileadmin/user\_upload/dtb.redaktion/Internet PDFs/GYMWELT/Gesundheitssport/  
Pluspunkt\_Gesundheit/Formular\_PAR-Q.pdf

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2004). Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004 (GBÖ 2004). Berichtszeitraum 1992-2001 Health Report Austria 2004. Zugriff am 17.07.2010 unter [http://www.goeg.at/media/download/berichteGesundheit\\_und\\_Krankheit\\_in\\_Oesterreich\\_2004.pdf](http://www.goeg.at/media/download/berichteGesundheit_und_Krankheit_in_Oesterreich_2004.pdf)

Schweizer Sportvereinsführung.ch. (2006) Marketing und Qualität. Zugriff am 28. August 2010 unter [http://www.sportvereinsfuehrung.ch/documents/1\\_Qualitätsmanagement\\_p.pdf](http://www.sportvereinsfuehrung.ch/documents/1_Qualitätsmanagement_p.pdf)

Sport pro Gesundheit. Qualitätskriterien. Zugriff am 31.08.2010 unter [http://www.dtb-online.de/portal/fileadmin/user\\_upload/dtb.redaktion/Internet PDFs/GYMWELT/Gesundheitssport/ Pluspunkt\\_Gesundheit/Qualitaetskriterien.pdf](http://www.dtb-online.de/portal/fileadmin/user_upload/dtb.redaktion/Internet PDFs/GYMWELT/Gesundheitssport/ Pluspunkt_Gesundheit/Qualitaetskriterien.pdf)

Stadt Wien: Bereichsverteilung für Strukturentwicklung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung (2007). *Altern in Gesundheit. Vienna Healthy Ageing Profile*. Zugriff am 03.09.2010 unter [www.wien.gv.at/who/pdf/healthy-ageing.pdf](http://www.wien.gv.at/who/pdf/healthy-ageing.pdf)

Statistik Austria (2010). Bevölkerungsstruktur. Zugriff am 10.07.2010 unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html)) Ausgerechnet von Tabelle: Bevölkerung am 1.1.2010 nach Alter und Bundesland – Insgesamt und Tabelle: Bevölkerung zu Jahresbeginn seit 2002 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht.

WGKK. (2009). *Bewegt Gesund Handbuch*. 1. Auflage. Zugriff am 20.08.2010 unter <http://www.bewegtgesund.at/download/files/BewegtGesundHandbuch.pdf>

Zugriff am 25.06.2010 unter [http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/gesundheitsbezogene lebensqualitaet.html](http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/gesundheitsbezogene_lebensqualitaet.html)

Zugriff am 07.07.2010 unter <http://www.richtigfit.de/index.php?id=downloads>

Zugriff am 07.07.2010 unter <http://www.dsv.de>

Zugriff am 12.07.2010 unter <http://www.richtigfit.de/index.php?id=downloads>

Zugriff am 12.07.2010 unter <http://www.sportprogesundheit.de>

Zugriff am 12.07.2010 unter <http://www.sportprogesundheit.de>

Zugriff am 17.07.2010 unter <http://www.fitfueroesterreich.at>

Zugriff am 10.09.2010 unter [www.sportunion.at](http://www.sportunion.at)

Zugriff am 10.09. 2010 unter [www.askoe.at](http://www.askoe.at)

Zugriff am 10.09. 2010 unter [www.asvoe.at](http://www.asvoe.at)

Zugriff am 10.09.2010 unter [www.avoe.at](http://www.avoe.at)

Zugriff am 10.09.2010 unter [www.bildungswerk.at](http://www.bildungswerk.at)

Zugriff am 02.10.2010 unter [www.dsv.de](http://www.dsv.de)

Zugriff am 02.10.2010 unter [www.sportprofitness.de](http://www.sportprofitness.de)

## Lebenslauf

### Barbara Blaim

Geburtsdatum: 28.02.1985

✉ Goldschlagstraße 133/ 12-14, 1140 Wien

Ödenteichgasse 8, 3580 Horn

📧 [b.blaim@gmx.at](mailto:b.blaim@gmx.at); [barbara.blaim@solarprofi.at](mailto:barbara.blaim@solarprofi.at)

☎ 0676/ 91 95 300

- 1991 bis 1993 Volksschule Horn  
1995 bis 1999 Gymnasium Horn
- 1999- 2004 HLW- Horn (Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Schwerpunkt: Medieninformatik)
- 4.Juni 2004 Absolvierung der Reife und Diplomprüfung an der HLW

*Seit September 2004 Studium am Institut für Sportwissenschaft der Universität Wien Studienrichtung Sportmanagement*

### Beruflicher Werdegang:

- 2005: April-Mai: Teilzeitanstellung bei océ Austria (Rezeption - Telemarketingbereich)
- 2005: Juli bis August: Sportbetreuerin für Fußball und Volleyball.  
Feriencamp für Jugendliche im Waldviertel (Groß Schönau).
- Von März 2006 bis Juni 2009: Anstellung 20 St./Woche bei ELIXIA Vitalclub Hütteldorf  
Bereich: Sales-, Kundenmanagement und Empfang.
- 2007: Juni: Venue Managerin bei den United World Games in Klagenfurt  
im Auftrag der Firma go4pro
- Seit November 2007 ASKÖ-Rücken-Fit Trainerin  
Referenzen für betriebliche Gesundheitsförderung: Mobilkom Austria,  
Wien Energie, BVA (Versicherungsanstalt für öffentlich Bediensteter)  
und ÖBB (Tag der Infrastruktur)
- 2007 und 2008 (Juli, August) Sport und Schwimmtrainerin  
Projekte: Sprich-Sport und Sowieso.

*Februar 2009: Abschluss des Bakkalaureatsstudiums für Sportmanagement*

*Seit 1.03.2009 Magisterstudium für Sportwissenschaft*

- Seit Jänner 2009 Marketingbeauftragte der Fa. Blaim, Unternehmen für erneuerbare Energienutzung  
Aufgabenbereich: Erstellung und Umsetzung der Werbemaßnahmen.
- Seit März 2009 Fußballtrainerin bei LOGIN (Verein zur Integration und Gesundheitsförderung von Risiko und Randgruppen)

Besondere Kenntnisse

- Zertifizierung als Junior Projektmanagerin (IPMA-Level D) Prüfung Juni 2010
- Juni 2010: WIFI-Lehrgang:  
Grundlagen der Mediengestaltung: Printgrafik und Webdesign
- Englischkenntnisse in Wort und Schrift
- Französisch (Maturaniveau)
- Perfekte Microsoft Office Kenntnisse
- Adobe- Photoshop CS5
- Macromedia Dreamweaver CS5 & Flash CS5
- ECDL (European Computer Driving Licence)
- Massagegrundausbildung an der USI-Wie

Sportliches:

- 2003: Ausbildung zur Snowboardlehrerin vom Pädagogischen Institut für Schulsportwochen
- Seit 2003 bis 2006 Snowboardlehrerin der Schulschikurse an der HLW-Horn
- Fußballtrainerin bei LOGIN
- Trainerin ASKÖ-Wien: Bereiche: Wirbelsäulengymnastik, betriebliche Gesundheitsförderung, Sport im Alter 50+, Sport mit Kindern;
- Von 1995 – 2008 Spielerin bei der Damen-Fußballmannschaft des SV-Horn (2.Division)